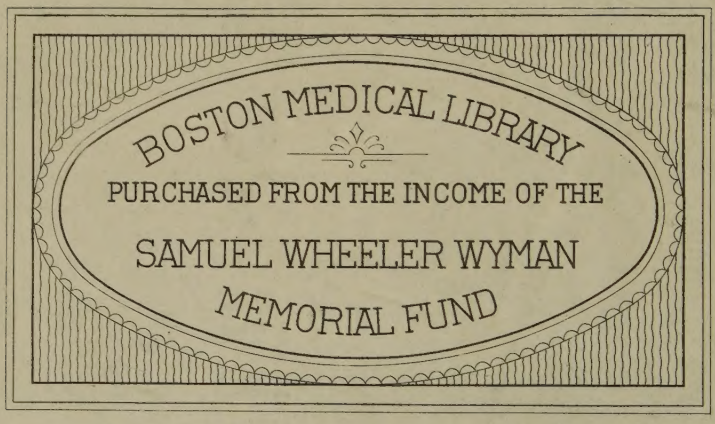
COUNTWAY LIBRARY
HC 4NQE A


BOSTON MEDICAL LIBRARY
PURCHASED FROM THE INCOME OF THE
SAMUEL WHEELER WYMAN
MEMORIAL FUND

Gesammelte Auszüge der Dissertationen

an der

medizinischen Fakultät Köln im Jahre 1919/20

68

Herausgegeben von

Prof. Dr. A. Dietrich
Dekan

Bonn 1921
A. Marcus & E. Webers Verlag (Dr. jur. Albert Ahn)

BOSTON MEDICAL
SEP 5 - 1921
LIBRARY

19154 Hy 8

Nachdruck verboten.
Alle Rechte, besonders das der Übersetzung in fremde Sprachen, vorbehalten.

1 J 212

Druck: Otto Wigand'sche Buchdruckerei G. m. b. H., Leipzig.

Vorwort.

Wegen der großen Schwierigkeiten und unerschwinglichen Kosten, die eine Drucklegung der Dissertationen zurzeit unmöglich machen, faßte die medizinische Fakultät Köln am 22. 10. 19 den Beschluß, auf einen vollständigen Abdruck zu verzichten, dagegen von jeder Dissertation einen Auszug einzufordern und am Ende jedes Dekanatsjahres die gesammelten Auszüge durch den jeweiligen Dekan herausgeben zu lassen.

Dieser Beschluß fand am 13. 1. 20 (U I Nr. 3885) die Bestätigung des Ministers für Wissenschaft, Kunst und Volksbildung. Später ist dann das von Köln eingeführte Verfahren durch Verfügung des Ministers (U I 289 v. 12. 4. 20) auf alle preußischen Universitäten ausgedehnt worden.

Die folgenden Blätter bringen die Auszüge der ärztlichen und zahnärztlichen Dissertationen des ersten Dekanatsjahres 1919/20. Der Druck wurde trotz aller noch zu überwindenden Schwierigkeiten durch das freundliche Entgegenkommen des Verlags ermöglicht.

Die Auszüge enthalten den wesentlichen Inhalt der Arbeiten, ohne das literarische Beiwerk, vor allem sollen sie die eigenen Untersuchungen und Schlußfolgerungen bringen. Die vollständigen Arbeiten, in der bisher üblichen Form und Ausführlichkeit, sind in Maschinenschrift auf der Universitätsbibliothek Abt. 3 (Medizin) Köln, Krankenanstalt Lindenburg, niedergelegt, der größte Teil auch, gemäß der letzten Verfügung des Ministers, auf der Staatsbibliothek Berlin. Diese Originalarbeiten können auf dem üblichen Wege des Bibliothekverkehrs unter genauer Titelangabe entliehen werden.

A. Dietrich.

Verzeichnis der Promotionen.

a) Medizinische Promotionen.

Seite

Adenauer, Konrad, Ehrenpromotion.

Hugenbruch, Ernst, Über einen Fall von multiplen Leiomyomen der Haut. (Aus der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten.) Ref. Zinsser . . . 1

Horchler, Karl, Erfahrungen über Perichondritis hämorrhagischer und eitriger Natur an Ohrmuschel und Nasenscheidewand. (Aus der Klinik für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten.) Ref. Preysing 4

Marum, Gottlieb, Über einen Fall von Chondrodystrophie bei Erwachsenen. (Aus dem Pathologischen Institut.) Ref. Dietrich 6

Daniels, Joseph, Über einen Fall von vollkommener Obliteration der Aorta in der Gegend des Ductus Botalli. (Aus dem Pathologischen Institut, Abt. Augusta-Hospital.) Ref. Dietrich 9

Rosenthal, Karl, Über die Gefäßheilung in Amputationsstümpfen. (Aus dem Pathologischen Institut.) Ref. Dietrich 13

Perscheid, Elisabeth, Gangrän bei Infektionskrankheiten. (Aus der Medizinischen Klinik.) Ref. Moritz 15

Koch, Wilhelm, Über sarkomartige Lymphogranulomatose. (Aus dem Pathologischen Institut, Abt. Augusta-Hospital.) Ref. Dietrich 18

Heinen, Hans, Über die Epitheliome der Schleimdrüsen. (Aus dem Pathologischen Institut.) Ref. Dietrich 21

Krantz, Joseph, Sozialer und klinischer Beitrag zur Alkoholfrage. (Aus der Psychiatrischen Klinik.) Ref. Aschaffenburg 24

Mayer, Stephan Karl, Zum Kapitel des peptischen Magengeschwürs im Kindesalter und der Melaena. (Separatabdruck aus der Zeitschrift Kinderheilkunde Bd. 23, 1919.) Ref. Moritz 26

Krupp, Hubert, Über eine merkwürdige Art des Zwangssprechens. (Aus der Psychiatrischen Klinik.) Ref. Aschaffenburg 29

Keuser, Alois, Über konjugale Paralyse. (Aus der Psychiatrischen Klinik.) Ref. Aschaffenburg 32

Kellendonk, Arnold, Ein Dermoid mit Kugelbildungen. (Aus dem Pathologischen Institut.) Ref. Dietrich 35

Meerbeck, Ferdinand, Über ein Osteoidsarkom des Unterkiefers mit ausgedehnter Verkalkung. (Aus dem Pathologischen Institut.) Ref. Dietrich 38

Mangold, Joseph, Ein operierter Fall eines angeborenen Sakrococcygealtumors. (Aus der Chirurgischen Klinik Lindenburg.) Ref. Tilmann 41

Brandt, Paul, Die Puerperalpsychose. (Aus der Provinzial-Hebammenlehranstalt Elberfeld.) Ref. Aschaffenburg 42

Seite

Klinkenberg, Joseph, Ein Fall von sekundärem Fibroxanthosarkom im rechten Kleinhirnbrückenwinkel. (Aus dem Pathologischen Institut.) Ref. Dietrich . 45

Dewald, Karl, Ein eigenartiges altes Ruptur-Aneurysma des Herzens. (Aus dem Pathologischen Institut.) Ref. Dietrich 48

Faßbinder, Engelbert, Über einen Fall von Atrophia cutis maculosa luetica. (Aus der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten.) Ref. Zinsser . . . 50

Schönen, Josef, Zur Frage der Gangrän nach Embolie. (Aus der Chirurgischen Klinik Lindenburg.) Ref. Tilmann 52

Mauß, Joseph, Über lebende Fremdkörper im Ohr. (Aus der Klinik für Ohren-, Hals- und Nasenkrankheiten.) Ref. Preysing 56

Klein, Franz, Pleuraempyeme als Komplikation der Grippepandemie 1918/19. (Aus der Chirurgischen Klinik Lindenburg.) Ref. Tilmann 59

Drügg, Jos., Über Karzinom bei Jugendlichen. (Aus der Chirurgischen Klinik Lindenburg.) Ref. Tilmann 62

Nießen, Eugen, Der Einfluß der feindlichen Blockade auf die Sterblichkeit der Kölner Kinder von 1—10 Jahren. (Aus der Kinderklinik.) Ref. Siegert . . 65

Schaefer, Otto, Beitrag zur Erklärung der verzögerten Kallusbildung am distalen Bruchende bei einer Unterschenkelfraktur in Höhe der unteren Metaphyse. (Aus der Chirurgischen Klinik Lindenburg.) Ref. Tilmann 68

Pier, Joseph von, Über mykotisches Aneurysma der Aorta abdominalis. (Aus dem Pathologischen Institut.) Ref. Dietrich 70

Schweich, Leo, Kriegserfahrungen über Gonorrhöe. (Sonderabdruck aus der Dermatologischen Wochenschrift Bd. 69, 1919.) Ref. Zinsser 73

Keseberg, Rudolf, Ein Fall von Subluxation — Spondylolisthesis in der Lendenwirbelsäule mit schräg verengtem Becken. (Aus der Orthopädischen Klinik.) Ref. Cramer 76

Folkert, Wilhelm, Über operative Behandlung der Uterusmyome mit besonderer Berücksichtigung der Enukleation. (Aus der Gynäkologischen Klinik.) Ref. Füth 78

Hastermann, Ernst, Die Bougierung bei Ösophagusstenose, insbesondere die retrograde Bougierung mit Faden ohne Ende. (Aus der Chirurgischen Klinik Düsseldorf.) Ref. Tilmann 80

Frenken, Paul, Ein Fall von isolierter Milztuberkulose. (Aus der Medizinischen Klinik Augusta-Hospital.) Ref. Külbs 82

Krahe, Heinr., Ein Fall von Jacksonscher Epilepsie. (Aus der Medizinischen Klinik Lindenburg.) Ref. Moritz 85

Ditges, Hubert, Über doppeltes Karzinom des Ösophagus. (Aus dem Pathologischen Institut.) Ref. Dietrich 87

Simons, Adolf, Über Nebenverletzungen bei Sondierung, Erweiterung und Ausschabung des Uterus. (Aus der Gynäkologischen Klinik.) Ref. Füth . . . 89

Meeßen, Gottfried, Das gehäufte Auftreten von Brucheinklemmungen im Weltkriege besonders im Jahre 1917, beleuchtet an der Kasuistik der Chirurgischen Klinik der Lindenburg in Köln. (Aus der Chirurgischen Klinik Lindenburg.) Ref. Tilmann 91

Wirtz, Carl, Zur operativen Behandlung der Thymushyperplasie. (Aus der Chirurgischen Klinik Augusta-Hospital.) Ref. Frangenheim 94

Spanner, Rudolf, Die orale Mandibular-Anästhesie im Felde. Ref. Tilmann . . 96

Scherer, Josef, Zur Kasuistik der Kokainpsychosen. (Aus der Psychiatrischen Klinik.) Ref. Aschaffenburg 99

Dorn, Simon, Ein Fall von Polydaktylie mit besonderer Berücksichtigung ihrer Erblichkeit. (Aus der Chirurgischen Klinik Lindenburg.) Ref. Tilmann . . . 102

Seite

Schlingschröder, Otto, Über den Scheidenverschluß und seine Folgen. (Aus der Gynäkologischen Klinik.) Ref. Füth 104

Thomas, Hans, Zur Frage der angeborenen Nierenverlagerungen. (Erscheint in der Frankfurter Zeitschrift für Pathologie.) Ref. Dietrich 106

Otto, Wilhelm, Über Fremdkörper im Uterus. (Aus der Gynäkologischen Klinik.) Ref. Füth 109

Kohlhaas, Ernst, Hämorrhagien im Lungengewebe bei allgemeiner Tuberkulose. (Aus dem Pathologischen Institut.) Ref. Dietrich 111

Reiff, Gustav, Über psychische Störungen bei multipler Sklerose. (Aus der Psychiatrischen Klinik.) Ref. Aschaffenburg 115

Schmirl, Fritz, Über ein retroperitoneal gelegenes Fibrosarcoma lymphangiectaticum mit Durchbruch in die Vena cava inferior. (Aus dem Pathologischen Institut.) Ref. Dietrich 118

Selbach, Heinrich, Benzolbehandlung bei Polyzythämie. (Aus der Medizinischen Klinik Augusta-Hospital.) Ref. Külbs 11

Kotz, H., Zur Kenntnis der im Verlauf von Grippe auftretenden Hirnveränderungen, insbesondere der Influenzabazillenmeningitis. (Aus dem Pathologischen Institut.) Ref. Dietrich 121

Cüppers, Josef, Über Milzextirpation bei hämolytischem Ikterus. (Aus der Medizinischen Klinik Augusta-Hospital.) Ref. Külbs 123

Altmeyer, Franz, Über die Tuberkulose der Gallenblase mit gleichzeitiger Uterustuberkulose. (Aus dem Pathologischen Institut.) Ref. Dietrich 124

Matheis, Karl, Ein Fall von postdiphtherischer Hemiplegie im Kindesalter. (Aus der Kinderklinik.) Ref. Siegert 126

Schmitz, Karl, Über Laryngitis phlegmonosa. (Aus der Kinderklinik.) Ref. Siegert 128

Schrimpf, Alfred, Zur Kenntnis des tuberkulösen Niereninfarktes und der dabei auftretenden Regenerationsvorgänge. (Aus dem Pathologischen Institut.) Ref. Dietrich 129

Kremer, Ferdinand, Über posttraumatische Weichteilverknöcherung. (Aus der Röntgenabteilung des Bürger-Hospitals.) Ref. Frangenheim 130

Vennemann, F., Ein Beitrag zur Nierendekapsulation. (Aus der Chirurgischen Abteilung des St. Johannis-Hospitals Dortmund.) Ref. Tilmann 132

Leitzen, Karl, Zur Differentialdiagnose zwischen aleukämischer Lymphadenose und Sepsis. (Aus der Medizinischen Klinik Düsseldorf.) Ref. Moritz . . . 134

Wisser, Wilhelm, Beitrag zur Chinidintherapie bei Vorhofflimmern. (Aus der Medizinischen Klinik Lindenburg.) Ref. Moritz 136

Hauth, Peter van, Über urämische Psychosen. (Aus der Psychiatrischen Klinik.) Ref. Aschaffenburg 139

Rody, Friedr. G., Versuche zur quantitativen Bestimmung der Zylinder und Blutzellen im menschlichen Urin. (Aus der Medizinischen Klinik Lindenburg.) Ref. Moritz 141

Schloßmann, Hans, Über die Herabsetzung der natürlichen Resistenz grauer Mäuse und weißer Ratten gegen die Infektion mit Diphtheriebazillen und Pneumokokken durch Kälte, Hitze und Hunger. (Aus der Kinderklinik Düsseldorf.) Ref. Siegert 144

Hünerbein, Joseph, Zur Kasuistik der traumatischen Cholezystitis. (Aus der Medizinischen Klinik Augusta-Hospital.) Ref. Külbs 147

Weiner, Ernst, Grippe bei chronischen inneren Erkrankungen während der Grippe-Epidemie 1918/19. (Aus der Medizinischen Klinik Augusta-Hospital.) Ref. Külbs 148

Seite

Horalek, Hans, Die Bedeutung der amnestischen Aphasie für die Diagnose des epileptischen Dämmerzustandes. (Aus der Psychiatrischen Klinik.) Ref. Aschaffenburg 150

Nuttebaum, Heinrich, Die blutige Behandlung von zwei Fällen mit kongenitaler Hüftluxation. (Aus der Orthopädischen Klinik.) Ref. Cramer 152

Meinold, Heinrich, Über Behandlung des Erysipels mit gewöhnlichem Pferdeserum. (Aus der Medizinischen Klinik Augusta-Hospital.) Ref. Külbs 154

Samson, Franz, Ein Fall von kongenitaler Mißbildung der Füße. (Aus der Orthopädischen Klinik.) Ref. Cramer 156

Mittermaier, Georg, Mitteilungen zum Studium des Phagedänismus. Ref. Zinsser 158

Janke, Hans, Myom und Lebensalter. (Aus der Gynäkologischen Klinik.) Ref. Füth 160

Freischem, Hubert, Über Wirbelexostosen. (Aus der Chirurgischen Klinik Augusta-Hospital.) Ref. Frangenheim 162

Worringen, Karl, Über krebsige Thrombose der Pfortader nach Magenkarzinom. (Aus dem Pathologischen Institut.) Ref. Dietrich 165

Hackenbroch, Matthias, Zur Statistik der Paralyse, insbesondere ihres psychiatrischen Bildes. (Aus der Psychiatrischen Klinik.) Ref. Aschaffenburg . . 168

Peil, Hellmut, Über Mammatuberkulose. (Aus der Chirurgischen Klinik Augusta-Hospital.) Ref. Frangenheim 169

Schloßmann, Erna, Über einen Fall von angeborener Sarkomatose. (Aus dem Pathologischen Institut Düsseldorf.) Ref. Dietrich 171

Falkenstein, Selmar, Zur Ätiologie und Therapie der Leukämie unter besonderer Berücksichtigung der Röntgenstrahlen-Behandlung und ihres Einflusses auf das Blutbild. (Aus der Medizinischen Klinik Lindenburg.) Ref. Moritz 173

Fromm, Rudolf, Krieg und Säuglingssterblichkeit in Köln. (Aus der Kinderklinik.) Ref. Siegert 176

Prausnitz, Friedrich, Herzblock durch Gumma. (Aus dem Pathologischen Institut.) Ref. Dietrich 178

Firnig, Gottfried, Ein Fall von Hydronephrose und beginnender Zystenniere in Verbindung mit Hydrops congenitus. (Aus dem Pathologischen Institut.) Ref. Dietrich 180

Keller, Wilhelm, Wann ist in der Tat ein Patellardefekt vorhanden, und hat derselbe für die normale Funktionsfähigkeit des Kniegelenks irgend eine Bedeutung? (Aus der Orthopädischen Klinik.) Ref. Cramer 183

Fischer, Heinrich, Über Cholin und seine Einwirkung auf den Organismus bei chirurgischer Tuberkulose. (Aus der Chirurgischen Klinik Lindenburg.) Ref. Tilmann 185

Brücken, Gottfried, Zur Frage der funktionellen Blasenleiden. (Aus der Chirurgischen Klinik Lindenburg.) Ref. Tilmann 188

Boetzelaer, Wilhelm Otto von, Zur Differentialdiagnose der Quecksilber- und Salvarsanschädigungen der Haut. (Aus der Hautklinik.) Ref. Zinsser . . . 190

Ochs, Alice, Über Influenza-Blennorrhöe im Säuglingsalter. (Aus der Kinderklinik.) Ref. Siegert 193

Kaufmann, Julius, Ein kasuistischer Beitrag zur Kenntnis des Hammerdarms. (Aus der Chirurgischen Klinik Lindenburg.) Ref. Tilmann 195

Meffert, Franz, Zur Kenntnis der Gummenbildung im Halsmark. (Aus dem Pathologischen Institut.) Ref. Dietrich 197

Thiel, Gustav, Über einen Fall von doppelseitiger Nebenhodenzyste. (Aus dem Pathologischen Institut.) Ref. Dietrich 199

Seite

Blum, Kurt, Über den feineren Bau von Hirnnarben nach einer alten Schußverletzung. (Aus dem Pathologischen Institut.) Ref. Dietrich 201

Hünermann, Karl, Zur blutigen Operation schwerster Formen von Pes plano-valgus. (Aus der Orthopädischen Klinik.) Ref. Cramer 203

Dreyer, Paul, Zwei Fälle von Landryscher Paralyse. (Aus der Medizinischen Klinik Düsseldorf.) Ref. Moritz 205

Roßkotten, Paul, Über die Ausscheidung von Phenolsulfophthalein durch die gesunde Niere. (Aus der Medizinischen Klinik Lindenburg.) Ref. Moritz . . 208

Segerath, Ferdinand, Über die diagnostische Bedeutung des Blutdrucks bei epileptischen und nichtepileptischen Hirnverletzten. (Aus der Nervenabteilung des Versorgungs-Lazaretts Düsseldorf.) Ref. Aschaffenburg 210

Ramm, Rudolph, Zur Histologie und Histogenese des Hirncholesteatoms. (Aus dem Pathologischen Institut.) Ref. Dietrich 213

Kaiser, Peter, Chirurgische Tuberkulose und Strahlentherapie. (Aus der Röntgenabteilung, Bürgerhospital.) Ref. Tilmann u. Gräßner 215

Dunker, Karl, Über das primäre Karzinom der Stirnhöhle. (Aus der Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten.) Ref. Preysing 217

Kahlen, Heinrich, Über Verhalten von Puls und Temperaturkurve bei Typhus abdominalis. (Aus der Medizinischen Klinik Düsseldorf.) Ref. Moritz . . . 219

Kurzak, Heinrich, Über Tuberkulose des Keilbeins mit Beziehungen zur Hypophyse. (Aus dem Pathologischen Institut.) Ref. Dietrich 221

Cohen, Fritz, Differentialdiagnose zwischen der Grippepneumonie und der pulmonalen Form der Miliartuberkulose. (Aus der Medizinischen Klinik Düsseldorf.) Ref. Külbs 223

Athmann, Walther, Ein Fall von Exophthalmus pulsans traumaticus mit Spontanheilung. (Aus der Augenklinik.) Ref. Pröbsting 225

Meister, Hildegard, Verschlußbildung im Bereich des Zervikalkanals bei einer Schwangerschafts-Eklampsie. (Aus der Geburtshilflichen Klinik.) Ref. Frank 227

Neuhaus, Karl, Die Frage der Therapie und Immunität bei der letzten Grippe-Epidemie von Januar bis April 1920. (Aus der Medizinischen Klinik Düsseldorf.) Ref. Külbs 228

Holler, Hans, Einige Fälle von Gewerbeschädigungen der Haut. (Aus der Hautklinik.) Ref. Zinsser 230

Kerßenboom, Karl, Über die kombinierte Pyrogallol-Röntgentherapie des Lupus vulgaris. (Aus der Hautklinik.) Ref. Zinsser 233

Jungbluth, Eugen, Über einen Fall von Hirschsprungscher Krankheit. (Aus dem Pathologischen Institut.) Ref. Dietrich 236

Martin, Adalbert, Zur Frage der Typhusbazillen-Abszesse. (Aus der Medizinischen Klinik Düsseldorf.) Ref. Moritz 239

Amann, W., Ein Fall von spitzen Kondylomen in der Mundhöhle. (Aus der Hautklinik.) Ref. Zinsser 241

Wittstamm, Paul, Fünf Fälle von Fremdkörpern in den tieferen Luftwegen. (Aus der Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten Düsseldorf.) Ref. Preysing 244

Meese, Ludwig, Ein Beitrag zur Kasuistik der Fremdkörper im Ösophagus. (Aus der Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten Düsseldorf.) Ref. Preysing 246

Westermann, Josef, Über Pubertätspsychosen nebst einigen schwer zu deutenden Fällen. (Aus der Psychiatrischen Klinik.) Ref. Aschaffenburg 248

Lepel, Georg v., Über Magentuberkulose. (Aus der Medizinischen Klinik Augusta-Hospital.) Ref. Külbs 251

Seite

Gehlen, Aloys, Über die Krankenbewegungen in den rheinischen Prov.-Heil- und Pflegeanstalten während der Kriegsjahre. (Aus der Rheinischen Prov.-Heil- und Pflege-Anstalt.) Ref. Aschaffenburg 253

b) Zahnärztliche Promotionen.

Schade, Otto: Die Richtlinien der heutigen Kieferbruchbehandlung nach Verwertung allgemeiner und eigener Kriegserfahrungen im Kiefer-Lazarett Köln-Lindenthal. Ref. Frangenheim 254

Krienen, Karl Heinrich, Beiträge zur Tuberkulose der Mundhöhle. Ref. Tilmann 257

Steinkamm, Julius, Über die Aktinomykose mit besonderer Berücksichtigung ihrer Bedeutung für die Zahnheilkunde. Ref. Zinsser 259

Peiffer, H., Sind die Hypoplasien des Schmelzes am ersten bleibenden Molarzahn pathognomonisch für kongenitale Syphilis? Ref. Zilkens 262

Schmüdderich, Joh., Zahnerkrankungen und Trigeminus-Neuralgie. Ref. Tilmann 263

Herzberg, Olga, Über das Zusammentreffen von Haut- und Zahnanomalien. Ref. Zinsser 265

Langenohl, Karl, Zahnärztliche Beobachtungen in einem Kriegsgefangenenlager in Schottland. Ref. Zilkens 267

Aus der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten
(Direktor Prof. Dr. Zinsser).

BOSTON MEDICAL
SEP 5 - 1921
LIBRARY

Über einen Fall von multiplen Leiomyomen der Haut.

Von

Ernst Hugenbruch aus Köln.

Anfang dieses Jahres hatten wir Gelegenheit, an der Hautklinik einen Fall von multiplen Leiomyomen der Haut zu beobachten. Vor allem interessierte es uns nun bei dem Falle festzustellen, von welcher Art glatter Muskulatur der Haut die Tumoren ihren Ausgangspunkt nehmen, da selbst über diesen Punkt die Ansichten noch geteilt sind; sodann fiel bei unserem Falle sogleich die eigenartige Anordnung und Lokalisation der Geschwülste auf, die wir mit einem bestimmten Nervensystem in Einklang bringen zu können glauben, so daß ich auf diese beiden Fragen in folgendem mein Hauptaugenmerk richten möchte.

Es handelt sich um einen 28jährigen Mann, der aus gesunder Familie stammt und selbst nie ernstlich krank war. Vor allem sind Nerven- und Hautkrankheiten in der Familie nie beobachtet worden. Im November 1914 bekam Patient punktförmige Flecken von braunroter Farbe an der Streckseite des rechten Unterarms, die sich im Laufe der folgenden Monate zu Knötchen entwickelten und sich vom Unterarm auf Oberarm und Schulter ausbreiteten. Seit Juli 1915 hat sich der Ausschlag nicht weiter ausgedehnt. Im März 1915 begannen die Knötchen zu schmerzen, und zwar stellten sich messerstichartige Schmerzen in den Knötchen ein, hauptsächlich in den größeren, bei Aufregungen, bei Witterungswechsel, sowie größerer Inanspruchnahme des Arms. Die leiseste Berührung löst schon eine lebhafte Schmerzempfindung aus und auch manchmal im Schlaf wird der Patient durch heftigste Schmerzanfälle heimgesucht.

Bei der Aufnahme des Kranken Mitte Januar 1919 wurde nachstehender Befund erhoben: Innere Organe und Nervensystem des kräftigen und gut genährten Patienten sind ohne Besonderheiten. Urin E-, Z-, Wa. R. —. Auf der rechten Schulter, an der Streckseite von Oberarm und Unterarm befindet sich ein Knötchenausschlag, dessen Ausbreitung ungefähr mit dem Gebiet des 4. und 5. Zervikalplexus zusammenfällt. Einige Knötchen befinden sich auch an der Beugeseite des Unterarms, und zwar an dessen Radialseite. Ellenbogen, Handgelenk und Hand sind frei. Die Größe der Knötchen schwankt zwischen der kleinster Stippchen und Erbsen-

bis Kaffeebohnengröße. Die Farbe ist braunbläulichweinrot, ein Teil derselben, besonders die dickeren, haben eine durchscheinende Beschaffenheit. Im behaarten Teil, z. B. auf der Streckseite des Oberarms, findet man zwischen ausgesprochenen Knötchen hier und da etwas geschwollene und ein wenig gerötete Haarfollikel, so daß der Eindruck erweckt wird, als nähmen die Knötchen in den Haarfollikeln ihren Anfang. Jede Berührung der Knötchen ist sehr schmerzhaft, schon ein leises Berühren ruft Schmerzäußerungen hervor. Eine Kompression der größeren Knötchen ist außerordentlich schmerzhaft. Die Knötchen liegen fast ausschließlich in den oberen Hautschichten.

Bei der mikroskopischen Untersuchung wird in den von den größeren Tumoren stammenden Präparaten das Bild beherrscht von scheinbar regellos angeordneten Muskelbündeln glatter Muskulatur, über deren Herkunft die Präparate keine Auskunft geben. In den Präparaten, die von den scheinbar normalen Hautstückchen angefertigt wurden, sind sämtliche Mm. Arrektores in ihrer Muskelmasse um das Mehrfache verdickt, ein Teil von ihnen hat normale Länge, ein anderer Teil reicht über den Haarbalg hinaus bis tief in die untersten Schichten der Kutis hinein. Während die einen sich lediglich als hypertrophische Arrektoren präsentieren, sieht man von anderen Ausläufer in das benachbarte Gewebe hinein sich abzweigen, die teils frei im Gewebe enden, teils mit benachbarten Muskelgruppen in Verbindung stehen. Man muß sich also nach dem mikroskopischen Bilde den Gang der Entwicklung der Myome so deuten, daß zunächst der Arrektor aus irgendeinem Grunde hypertrophisch wird, nach der Tiefe wuchert und Ausläufer nach den verschiedenen Richtungen aussendet, woraus dann schließlich Geschwülste entstehen, wie wir sie in den zuerst untersuchten Präparaten sahen. Die gleich bei der ersten Untersuchung des Patienten auf Leiomyome der Haut gestellte Diagnose findet also im mikroskopischen Befunde ihre volle Bestätigung und kann dahin erweitert werden, daß es sich um Muskelwucherungen glatter Muskulatur handelt, die sich auf die Kutis beschränken und ihren Ursprung in den Arrektoren nehmen.

Auffallend ist in vorliegendem Falle, was die Ausbreitung der Tumoren angeht, die Beschränkung der Geschwülste auf das Gebiet des 4. und 5. Zervikalplexus, welches bis auf den Handrücken vollständig von den Tumoren ausgefüllt ist. Es wird dadurch die Annahme eines Zusammenhangs zwischen Geschwulst und Nervensystem sehr nahe gelegt. Die Untersuchung des Nervensystems gibt allerdings keinen Anhaltspunkt für diese Annahme. Nur in wenigen Arbeiten wird auf die Möglichkeit einer Beziehung zwischen Tumor und Nerv hingewiesen. Ein Teil der Autoren, so vor allen Sobotka sagt, daß die Haar- und Spaltrichtungen für die Anordnung der Ge-

schwülste maßgebend seien. Er hält die Anordnung der Geschwülste in bestimmten Linien auch diagnostisch für verwertbar, besonders bei den Fällen, bei denen Druckschmerzhaftigkeit und Schmerzanfälle, Erscheinungen, die als Charakeristika für die Erkrankung gelten, fehlen oder bei denen aus irgendeinem Grunde die mikroskopische Untersuchung unterbleiben muß.

Die am meisten hervortretenden und klinisch wichtigsten Erscheinungen bei den Dermatomyomen sind die Druckschmerzhaftigkeit und Schmerzanfälle. Eine befriedigende und eindeutige Erklärung für ihr Entstehen hat man bisher noch nicht gefunden.

Die Erkrankung scheint nicht an ein bestimmtes Alter gebunden zu sein. Die Entwicklung des Krankheitsbildes von seinen ersten Anfängen bis zur vollen Ausbildung kann wie in unserem Falle in relativ kurzer Zeit vor sich gehen oder auch über viele Jahre sich erstrecken. Nationalität, Beruf, Heredität und schwere Allgemeinerkrankungen spielen anscheinend keine prädisponierende Rolle.

Zusammenfassung: Es handelt sich also in Vorstehendem um einen charakteristischen Fall von multiplen Leiomyomen der Kutis mit Ausgang der Tumorbildung von den Arrektores pilorum. Was den Fall von anderen veröffentlichten Fällen unterscheidet, ist die Lokalisation des Knötchenausschlags. Die Aussaat der Tumoren beschränkt sich auf das Gebiet des 4. und 5. Zervikalplexus.

Aus der Klinik für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten in Köln
(Prof. Dr. Preysing).

Erfahrungen über Perichondritis hämorrhagischer und eitriger Natur an Ohrmuschel und Nasenscheidewand.

Von

Karl Horchler.

Im ersten Teil der Arbeit wird die starke Literatur über das Othämatom durchgegangen. Von den primitiven Beobachtungsanfängen, die in den Beginn des vorigen Jahrhunderts fallen, gelangt man über Friedrich Fischer, der die ersten, grundlegenden, histologisch-vergleichenden Untersuchungen anstellte, zu den beiden Psychiatern Gudden und Meyer, an deren Namen sich die Jahrzehnte dauernde Kontroverse über die Ätiologie des Othämatoms knüpft. Während Gudden in mehreren wissenschaftlich wohlgerüsteten Arbeiten die Anschauung der rein traumatischen Genese verficht, glaubt Meyer in Erweichungsvorgängen, Enchondrombildung und intrachondraler Gefäßwucherung die ätiologischen Momente der Othämatombildung erblicken zu müssen. Während beide Anschauungen zahlreiche Anhänger fanden, nahm Virchow einen vermittelnden Standpunkt ein, wogegen Eugen Fränkel sich auf Grund seiner eingehenden Versuche auf Guddens Seite schlägt. Der neue Gesichtspunkt Hartmanns, daß es sich überhaupt in den meisten Othämatomfällen um Zysten handelt, findet so zahlreiche Gegner, daß er bald verschwindet. Passow und seine Schule verfechten die traumatische Genese. Die Arbeit seines Schülers Voß bedeutet den letzten und wohl abschließenden Markstein in der Erforschung des kleinen Gebietes. Dieser sieht in dem Othämatom nichts anderes, als ein „Decollement traumatique de la peau et des couhes sous-jacentes", das schon geraume Zeit vorher von Morell Lavallé beschrieben worden ist.

Im nächsten Abschnitt wird die Literatur über die eitrige Perichondritis der Ohrmuschel durchgegangen, in der die differential-diagnostisch wertvollen Momente beleuchtet werden. Die zahlreichen therapeutischen Vorschläge werden aufgeführt und kritisiert. Die souveräne Therapie ist die chirurgische. In der Kölner Universitätsklinik (Prof. Dr. Preysing) wird das Othämatom am Helix oder Anthelix inzidiert und die ganze Knorpelplatte, soweit sie nekrotisch erscheint, reseziert. Die beiden Perichondriumblätter werden fest aufeinander gelegt, die Ohrmuschel gut umpolstert und

durch leichten Druckverband geschützt. Bei der Perichondritis erweisen sich bisweilen multiple Inzisionen, unter Umständen auf beiden Seiten der Ohrmuschel, jedoch sich nicht deckend, als notwendig. Im übrigen wird in beiden Fällen gesteigerter Wert auf Fixieren der Ohrmuschel, eventuell mit Heftpflaster-Zugverbänden gelegt. Auf diese Weise regeneriert sich die Knorpelplatte unter meist nur geringer Deformität.

Der dritte und letzte Abschnitt der Arbeit behandelt Hämatom und Perichondritis der Nasenscheidenwand gemeinsam, da beide nur verschiedene Stufen der gleichen Erkrankung darstellen. Beginnend mit den „Tumeurs sanguines et purulents de la cloison" von Beaussenat bringt sie all die verschiedenen Hypothesen über die Ätiologie der Affektion. Unter diesen verdient die Ansicht Danzigers, der die langsam entstehende Gruppe auf vorhergegangene Influenzaerkrankungen zurückführt, besondere Beachtung. Am eingehendsten beschäftigt sich Rhode mit der Frage, der die Anschauung von der rein traumatischen Entstehung verficht und zugleich die mechanischen Bedingungen der Trauma-Einwirkung darlegt. Voß sieht in dem Septumhämatom Parallelerscheinungen zu seinem Décollement-Othämatom.

In der Klinik des Herrn Prof. Dr. Preysing werden die Abszeßtumoren kräftig inzidiert. Je nach Notwendigkeit wird der Inhalt mit dem scharfen Löffel ausgekratzt und durch Einlegen von Gazestreifen eine Dränage geschaffen. Den Schluß der Dissertation bildet der interessante Befund einer doppelseitigen Verdickung der Nasenscheidewand, die sich als Residuum einer alten traumatischen Perichondritis herausstellte.

Aus dem Pathologischen Institut (Direktor Prof. Dr. Dietrich).

Über einen Fall von Chondrodystrophie bei Erwachsenen.

Von

Gottlieb Marum aus Köln.

Obduktionsbefunde und genaue anatomisch-histologische Untersuchungen von erwachsenen Chondrodystrophikern sind bisher in der Literatur nicht bekannt. Die Grippeepidemie dieses Winters führte der medizinischen Klinik (Geheimrat Prof. Moritz) eine Patientin im Alter von 33 Jahren mit den typischen Merkmalen der Chondrodystrophie zu, die nach eintägigem Krankenlager starb und im pathologischen Institut zur Sektion kam.

I. Anamnese: E. Z., 33 Jahre, Artistin, gehörte zu einer wandernden Liliputanertruppe. Eltern und Geschwister angeblich normal groß, sie selbst lernte erst mit 4 Jahren laufen, menstruierte erst mit 19 Jahren. Im Februar 1915 Erkrankung an Eklampsie anläßlich der 1. Gravidität; Entfernung des graviden Uterus durch Laparotomie wegen Beckenenge 3. Grades (Conjugata diagonalis 5,5 cm), totes Kind, das nicht näher zur Untersuchung kam. Anläßlich der jetzigen Erkrankung fehlen alle anamnestischen Angaben.

Pathologisch-anatomische Diagnose (Prof. Dr. Dietrich): Doppelseitige, konfluierende Bronchopneumonie, Bronchitis, Lipoidfleckung der Aorta; Exstirpation des Uterus und der rechten Adnexe, Follikelzysten des linken Ovariums; alte Bauchnarbe mit großer Hernie. — Chondrodystrophie.

Weibliche Leiche von 108 cm Länge. Der Kopf hat die Entwicklung eines erwachsenen Menschen und fällt besonders auf gegenüber dem kleinen Körper. Stark vorspringende Stirn, tiefe Einsenkung der Nasenwurzel. Rumpf von mittlerer Größe. Kopf- und Schamhaare gut entwickelt. Arme leicht gebogen. Die Fingerspitzen erreichen nur die Nabelhöhe. Haut der Arme dick, polsterartig, mit tiefen Falten, aber ohne Ödeme. Finger kurz, stummelförmig, ohne erhebliche Größenunterschiede. An den Beinen sind diese Veränderungen noch stärker ausgeprägt.

Aus der genaueren Beschreibung: Schädeldach sehr schwer, ohne Diploe, mit flachen, höckrigen Verdickungen an der Innenfläche beider Stirnbeine, mit verknöcherten, gut erkennbaren Nähten. An der inneren Schädelbasis abnorme Steilheit des Clivus Blumenbachii, der gegen das Hinterhauptsloch fast in einem rechten Winkel

zur Ebene der vorderen Schädelgrube abfällt. Foramen magnum hochgradig verengt. Hypophysengrube tief ausgehöhlt. Die großen Keilbeinflügel sind dünn, die Keilbeinhöhlen groß. Vordere Schädelhöhle groß; stark ausgebildete Stirnhöcker; flache höckrige Verdickungen an der Innenfläche des Stirnbeins; große Stirnhöhlen. Am Gesichtsschädel auffallend breite Augenhöhlen; Jochbeine mäßig nach außen und seitwärts vorspringend. Die Einziehung der Nasenwurzel ist am knöchernen Schädel lange nicht so auffallend wie am Weichteilschädel.

Das Becken als Ganzes ist klein, der Beckeneingang nierenförmig abgeplattet; Crista iliaca des Darmbeins breit und plump; Fossa iliaca klein und dünn, im mittleren Teil transparent. Oberer Schambeinast und lateraler Teil des Schambeinkörpers stellenweise papierdünn. Foramen obturatum unverhältnismäßig groß.

Oberschenkel verkürzt (17,7 cm), derb und plump, Epiphysen breit und flach, Trochanter minor stark vorspringend. Obere Epiphyse pilzartig dem kurzen Schenkelhals aufsitzend. Auch an der Tibia breite Epiphysen und hochgradig verkürzte, aber grade Diaphyse. Die Fibula entspricht in der Länge der Tibia und reicht bis dicht unterhalb deren Gelenkfläche für den Femur, so daß sie am Kniegelenk teilnimmt; ihre Diaphyse ist mäßig nach hinten konvex verbogen. Die Fußwurzel- und Mittelfußknochen sind etwa halb so groß wie normal plump und unregelmäßig; besonders hochgradig sind die Auftreibungen der proximalen Enden der Metatarsalia.

Röntgenbefund: In den mittleren Dritteln der langen Röhrenknochen breite Substantia compacta und undeutliche Struktur der Spongiosa, die in den proximalen und distalen Dritteln besser zu erkennen ist und in den Epiphysen und Trochanteren ein gut erkennbares, feinmaschiges Netz bildet. Die Epiphysenlinie fehlt an beiden Oberschenkelknochen, während sie am proximalen Ende von Tibia und Fibula gut ausgebildet ist.

Mikroskopischer Befund am Längsschnitt einer Rippe: Ein typischer Periostreifen verläuft vom Perichondrium an der Knorpelknochengrenze bis etwa in die Mitte des Rippenkörpers, wo er sich dann unmerklich in dem Knochen verliert; ihm liegen die Knorpelzellen ohne Andeutung einer Richtungszone in unregelmäßiger Anordnung dicht an. An der dem Knochen zugewendeten Seite des Periostreifens findet sich hyaline Umwandlung seiner Bindegewebsfasern in osteoides Gewebe. An den vom Periostreifen freien Stellen der Verknöcherungszone ist eine schwache Neigung des Knorpels zu einer ungeordneten und stark reduzierten Säulenbildung zu bemerken. Reichliche Vaskularisation des Knorpels durch Gefäße, die in etagenförmig übereinander angeordneten Knorpelmarkkanälen verlaufen. Breite präparatorische Verkalkungszone. Keine wesentliche Störung der periostalen Verknöcherung.

Der vorliegende Fall gehört in der Hauptsache in die von Kaufmann eingeführte Untergruppe der Chondrodystrophia hypoplastica, wie sie beim Erwachsenen fast ausnahmslos vorkommt, nur die Auftreibung der Epiphyse der Metatarsalia berechtigt zu der Annahme, daß auch hyperplastische Veränderungen vorhanden waren.

Zur Klärung der Pathogenese wurden die Drüsen mit innerer Sekretion im vorliegenden Falle eingehend untersucht. Schilddrüse, Thymusreste, Hypophyse und Nebennieren zeigten völlig normalen Bau.

Von den Epithelkörperchen waren nur drei auffindbar, die beiden oberen und das rechte untere, alle nur etwa 8—10 mm lang und 3 mm breit, jedenfalls kleiner als normale Vergleichspräparate; mikroskopisch fanden sich keine bedeutenden Abweichungen von normalem Bau, nur auffallend reichliche gefüllte Gefäße und das Fehlen von Kolloid. Es ist also zum mindesten eine Unterentwicklung der Epithelkörperchen vorhanden, wie sie auch im einzigen bisher in dieser Richtung von Dietrich untersuchten und beschriebenen Falle eines Neugeborenen vorgefunden wurde.

(Die Arbeit erscheint ausführlich in der Frankfurter Zeitschrift für Pathologie.)

Aus dem Pathologischen Institut (Direktor Prof. Dr. Dietrich),
Abt. Augusta-Hospital (Prosektor Dr. A. Frank).

Über einen Fall von vollkommener Obliteration der Aorta in der Gegend des Ductus Botalli.

Von

Joseph Daniels aus Köln.

Ein 41jähriger, kräftig gebauter Mann, der soweit bekannt, nie ernstlich krank gewesen war, wurde täglich mit dem Transport von Salpetersäcken (50 kg) beschäftigt. Am 5. 10. 1917 klagte er nach der angegebenen Arbeit über unbestimmte Beschwerden, arbeitete am Sonnabend nicht und ging am Sonntag zum Arzt, der ihm ein Salizylsäurepräparat aufschrieb. Am Montag morgen wurde er dann von seinen Angehörigen tot im Bett aufgefunden. Die wegen Verdachts auf Vergiftung beantragte Obduktion ergab folgenden Befund (Obduzent Prosektor Dr. Frank):

Diagnose: Angeborener vollkommener Verschluß der Aorta an der Insertionsstelle des obliterierten Ductus Botalli. Chronische Endokarditis der Aortenklappe. Rupturiertes Aneurysma der aufsteigenden Aorta in den Herzbeutel. Herdförmige Arteriosklerose in geringer Ausdehnung mit Kalkherden vorwiegend im Anfangsteil der Aorta. Hypertrophie mit mäßiger Dilatation des linken Ventrikels. Hochgradige Arteriosklerose der Hirnbasisgefäße. Stauungsmilz und Stauungsleber.

Der Herzbeutel tritt auffallend prall gefüllt hervor. Beim Öffnen erkennt man, daß ein dicker Mantel von geronnenen Blutmassen das Herz umgibt, daneben finden sich noch etwa 10 ccm flüssigen Blutes frei im Herzbeutel. Das Herz ist größer als die Faust der Leiche und von tonischer Form. Herzmaße 11 : 13 : 9,8 cm.

Das blaßrote Muskelfleisch besonders links ist verdickt, von feinen, weißen Streifen hier und da durchsetzt (Schwielen) und die linke Kammer etwas erweitert. Die Wand des linken Ventrikels ist 2,0 cm dick, die des rechten 0,7 cm. In den Höhlen finden sich spärlich weiße und rote Gerinnsel. Die Klappen des rechten Herzens und der Mitralis sind glatt und zart.

An dem Aortenostium sind Veränderungen einer alten Endokarditis nachweisbar. Der hintere Klappenhalbmond ist stark verdickt, ebenso ist die nach rechts liegende Klappe verdickt, verkürzt und mit dem hinteren Klappenhalbmond breit verwachsen. Der nach links liegende Klappenhalbmond ist ebenfalls verdickt, doch sonst

ohne Besonderheiten. Die Aorta ascendens mißt über den Klappen 9,2 cm; sie erweitert sich sehr rasch zu einer gänseeigroßen Ausbuchtung der Wand nach rechts. Hier erkennt man auf der Höhe der Ausbuchtung einen etwa 1,5 cm langen, zur Achse der Aorta quer verlaufenden Riß, der durch lockeres, stark durchblutetes Gewebe frei mit dem Herzbeutel kommuniziert. Die Wand der Aorta zeigt im Bereiche der Ausbuchtung eine deutliche Verdünnung gegenüber den übrigen Partien, und etwas unterhalb des Risses findet sich ein pfennigstückgroßer atheromatöser Herd, der zum Teil verkalkt ist. Ebenso findet sich mehr nach links zu ein etwa zweimarkstückgroßer verkalkter arteriosklerotischer Herd. Die Aorta verengert sich dann rasch kegelförmig, ihr Umfang beträgt bei Abgang der Anonyma 6,0, am Abgang der Subclavia sinistra 2,8 cm. Kurz darauf ist sie vollkommen verschlossen und macht den Eindruck, als ob dieser Verschluß durch eine Ligatur herbeigeführt sei. Die Stelle ist von außen schon durch eine tiefe Einschnürung sichtbar und liegt dort, wo der Ductus Botalli in die Aorta einmündet. Die Verschlußstelle sieht von innen narbig aus. Der Ductus Botalli ist obliteriert; doch erkennt man noch in der Intima der Pulmonalis an seiner Abgangsstelle eine strahlige Narbe, die hier zu keiner Verengerung des Lungenschlagaderquerschnitts geführt hat. Die Weite der Pulmonalis beträgt 8,5 cm.

Anonyma, Carotis und Subclavia sind gleichmäßig stark erweitert, ebenso sind die dicht unterhalb der Einschnürungsstelle gelegenen Schlagadern, die Interkostales, stark erweitert. Die Anonyma mißt dicht über dem Abgang 3,8 cm im Durchmesser, Carotis dextra 3,1 cm, Subclavia dextra 3,0 cm, Carotis sinistra 2,5 und Subclavia sinistra 4,2 cm. Die Arteriae mammariae internae beiderseits 2,2 cm.

Der Querschnitt des absteigenden Astes der Brust- und Bauchaorta ist nicht wesentlich verengt. Er beträgt 4,6 cm im Umfang gemessen 10 cm unterhalb der Obliterationsstelle, während er 2,5 cm unterhalb gemessen 5,6 cm beträgt.

Die Epigastricae, die mit den Mammariae kommunizieren, weisen fast eine gleich große Erweiterung wie diese auf.

Mikroskopisch ließ sich feststellen, daß die schon makroskopisch erkennbare Verdünnung alle Wandschichten betrifft, vor allem aber die Media. Hier lassen sich besonders mit der Fett- und Elastikafärbung hochgradige Veränderungen an den elastischen Fasern nachweisen. Diese sind im Bereiche des Aneurysma sehr stark vermindert, gequollen, gleichmäßig von feinverteilten oder feintropfig doppeltbrechendem Fett durchsetzt, zerrissen und dabei häufig wie zusammengeschnurrt oder in kleine Bröckel zerfallen. Die glatten Muskelzellen sind ebenfalls sehr stark reduziert und werden hier und da von hyalinen, sich intensiv mit Eosin färbenden Streifen und Binde-

gewebszügen unterbrochen. An einzelnen Stellen erkennt man kleine streifige Bindegewebsherde (Narben), die sich bis in die Intima hin fortsetzen. Man erkennt deutlich, daß in entsprechenden Schnitten von verschiedenen Partien der Aorta ascendens mit steigender Entfernung von der Rupturstelle und der aneurysmatischen Erweiterung die Mediaveränderungen immer mehr abnehmen, um zuletzt in das Bild der Media bei normaler Aorta an den nicht erweiterten Stellen überzugehen. Die Intimazellen weisen große und kleine Tropfen von doppeltbrechendem Fett auf und nur dort, wo man schon makroskopisch die mit Kalkplatten durchsetzten arteriosklerotischen Veränderungen erkennt, gehen die Prozesse über die sogenannten Lipoidflächen und -streifen hinaus. Die Adventitia läßt, abgesehen von einer frischen Durchblutung im Bereiche des Risses, keine Veränderungen erkennen.

Im Herzmuskel, dessen Fasern meistens breit, hypertrophisch und häufig feintropfiges Fett enthalten, lassen sich hie und da kernarme Schwielen erkennen. Im übrigen sind vor allem keine entzündlichen Prozesse nachweisbar. Die feineren Coronargefäße weisen geringe Verfettung der Intima auf.

Es liegt somit ein Fall von Aortenatresie in der Gegend des Ductus Botalli vor, von der 21 Beobachtungen veröffentlicht sind.

Das Gemeinsame aller dieser Fälle besteht in der vollständigen Obliteration der Aorta in der Gegend des Ductus arteriosus Botalli und den Folgezuständen der erweiterten Aorta ascendens, den durch die Ausbildung des Kollateralkreislaufes erweiterten Gefäßen und der Hypertrophie der linken Herzhälfte. In über $^3/_4$ der Fälle findet sich die Atresie bei männlichen Individuen.

Die Lage der Obliterationsstelle in bezug auf die Insertion des Ductus Botalli ist verschieden: 11 mal unterhalb der Insertionsstelle, 5 mal an derselben, 2 mal oberhalb dieser Stelle; 4 mal ist die Lage der Obliterationsstelle zu dem Ductus Botalli nicht angegeben.

Vereinzelt fanden sich gleichzeitig noch andere Mißbildungen (Hypospadie, embryonale Stellung des Magens, direkter Ursprung der Arteria vertebralis sinistra aus der Aorta).

Als eine bei der Atresie häufiger als bei der Stenose auftretende Todesursache findet sich die Ruptur der Aorta ascendens. Auf 150 Stenosen 11 Fälle mit Aortenruptur, auf die 21 Atresien 7 Rupturen.

Die Prüfung der Frage des Zusammenhanges zwischen Ruptur und Atresie ergibt für die Möglichkeit eines Zusammenhanges zwischen Ruptur und Arteriosklerose keine sicheren Anhaltspunkte; vielmehr ist sie teils durch die sehr starke Wandverdünnung im Bereiche des Aneurysmas, teils durch die so hochgradigen Veränderungen der Mediabestandteile ohne Schwielenbildung in der Um-

gebung zu erklären, so daß sie bei plötzlich aus irgendeinem Grund einsetzenden Blutdruckschwankungen den spontanen Eintritt einer Ruptur ohne weiteres erklären können.

Die für die Unfallmedizin in diesem Falle wichtige Frage, ob ein Zusammenhang zwischen Ruptur und Unfall im Sinne einer körperlichen Überanstrengung besteht, wird dahin beantwortet, daß jeder zeitliche Zusammenhang und auch eine außergewöhnliche Arbeitsleistung, die die Katastrophe hätte auslösen können, wohl möglich war, doch fehlt, denn der Aortenriß und die darauffolgende Herztamponade konnten sich an der Stelle, wo sie stattgefunden hatte, nicht langsam ausbilden, weil hier nur das gewöhnliche lockere Bindegewebe ohne Schwielenbildung sich vorfand. Ein Unfall in dem Sinne der Verschlimmerung eines bestehenden Leidens ist wenigstens mit der größten Wahrscheinlichkeit auszuschließen.

Aus dem Pathologischen Institut Köln.
(Direktor Professor Dr. A. Dietrich).

Über die Gefäßheilung in Amputationsstümpfen.

Von

Karl Rosenthal aus Mayen.

Es wurde bisher als feststehende Tatsache angenommen, daß bei der Unterbindung von Gefäßen die Gefäßverheilung dadurch zustande kommt, daß sich im Stumpfende ein Thrombus bildet, durch dessen nachfolgende Organisation der dauernde Gefäßverschluß bewirkt wird. Die Literatur, die sich mit dem histologischen Vorgang bei der Heilung von Gefäßen beschäftigt hat, bietet nur geringe Hinweise auf die Heilungsvorgänge nach Unterbindungen. Da aber feststeht, wie besonders von Dietrich auf Grund von Erfahrungen an frischen Kriegsverletzungen und Amputationen betont wurde, daß eine Thrombenbildung bei der Unterbindung ausbleibt oder geringfügig ist, sofern keine Komplikationen hinzutreten, so mußte es erwünscht erscheinen, an älteren Amputationsstümpfen die Vorgänge der Heilung genauer zu verfolgen. Es galt zu untersuchen, ob die Heilung mit oder ohne Thrombenbildung eingetreten war und wie sich das Gefäßende weiter verhielt.

Es standen 40 Amputationsstümpfe, zum größten Teil Nachamputationen aus der orthopädischen Abteilung des Kölner Bürgerhospitals (Prof. Cramer), zur Verfügung. Die Zeit, die zwischen Amputation und Nachamputation lag, betrug im Durchschnitt etwa 90—100 Tage. Von den 40 Stümpfen eigneten sich nur 15 zur genaueren Untersuchung (8 Unterschenkel-, 7 Oberschenkelstümpfe). In bezug auf die Technik ist zu erwähnen, daß die Gefäßabschnitte, in denen das letzte sichtbare Gefäßstück lag, nach Einbettung in Celloidin so in Stufenschnitte zerlegt wurden, daß der ganze Heilungsvorgang von oben nach unten verfolgt werden konnte.

Nur in 5 Fällen ist der Gefäßschluß durch Thrombose herbeigeführt worden, während in den 10 anderen Fällen das Gefäß ohne Bildung eines erheblichen Schlußpfropfes sich dadurch schloß, daß eine starke Bindegewebswucherung in der Intima einsetzte, die schließlich die sich gegenüberliegenden Wände zur Verwachsung brachte. In $^2/_3$ aller Fälle haben sich demnach die Gefäße ohne nennenswerte Pfropfbildung abgeschlossen.

Irgendeine Beteiligung der Adventitia und Media an diesem Vernarbungsprozeß der unterbundenen Gefäße konnte nicht fest-

gestellt werden. Der ganze Wucherungsvorgang setzte in der Intima ein und wurde in ihr auch zu Ende geführt.

Alle 10 Fälle, die ohne Pfropfbildung zur Heilung gekommen sind, zeigen übereinstimmend das Fehlen einer erheblichen Gefäßschädigung.

Von den 5 Fällen, in denen ein Thrombus das Gefäß abschloß, handelte es sich dreimal um eine Arterie, zweimal um eine Vene. In allen diesen Fällen war eine erhebliche Gefäßschädigung vorhanden: Zweimal fand ich die Elastica interna zerrissen bzw. abgesprengt, in einem Falle war das äußerste Gefäßende gar nicht mehr vorhanden, sondern offenbar durch infektiöse Prozesse abgestoßen worden. In den 2 übrig bleibenden Fällen deuteten kleinzellige Infiltrationen der Wand auf eine vorhandene Gefäßschädigung hin.

Es hat sich also nur in den Fällen ein erheblicher Verschlußpfropf im Gefäß gebildet, in denen zu der Stagnation des Blutes noch eine erhebliche Gefäßschädigung hinzutrat.

Dies Ergebnis entspricht den von Dietrich (Thrombose nach Kriegsverletzungen, Jena, Fischer, 1920) an frischen Amputationsstümpfen gewonnenen Erfahrungen.

Aus der Medizinischen Klinik Lindenburg
(Direktor Geheimrat Prof. Dr. Moritz).

Gangrän bei Infektionskrankheiten.

Von

Elisabeth Perscheid.

In der medizinischen Klinik Lindenburg wurden 1915 und 1917 folgende zwei Fälle beobachtet:

Fall I: Bei einem fünfzehnjährigen Mädchen traten etwa 3 Wochen nach einem akuten Gelenkrheumatismus plötzlich rote, schmerzende Flecken im Gesicht, später in der Haut der Streckseiten beider Arme auf. Sie gehen mit starker Infiltration einher, verfärben sich blau, später schwarzviolett und graphitgrau. Es besteht Fieber bis 39°, das ca. 4 Wochen anhält, kleiner frequenter Puls, Leukozytose (bis 23 800 Leukozyten), und Aszites, so daß man ganz den Eindruck einer Infektionskrankheit hat. Die Haut hebt sich nach einigen Tagen blasig ab, der Inhalt der Blasen ist blutigrot, die Epidermis stößt sich ab, die Ränder sind wallartig. Das Allgemeinbefinden liegt sehr darnieder.

Die Gangrän der Arme breitet sich ca. 10 Tage lang in der Fläche aus, daß sie bis zu den Schultern reicht, dann geht sie weiter in die Tiefe; es entsteht deutliche Demarkation, die gangränösen Teile heben sich vom gesunden Gewebe ab, aus der Tiefe quillt Eiter, es besteht quälender Gestank.

Ca. 4 Wochen nach der Krankenhausaufnahme (7 Wochen nach Beginn des Gelenkrheumatismus) ist die Schwellung ganz zurückgegangen, die nekrotischen Teile haben sich abgestoßen, das Fieber ist geschwunden, das Allgemeinbefinden hebt sich.

Nach der Genesung wird eine erfolgreiche Hauttransplantation vorgenommen.

Nach 2 Jahren ist das Mädchen nicht wieder krank gewesen.

Fall II: Bei einem 36jährigen Anstreicher, der vorher nie krank gewesen war, traten im Anschluß an mehrtägige kolikartige Schmerzen im Bauch „Blutflecken“ an den Händen und später an den Füßen auf. Die Hände schwellen stark ödematös an, röten sich, die Erscheinung verstärkt sich innerhalb weniger Tage und schreitet an den Armen bis über die Ellenbogengelenke hinaus fort, an den Streckseiten weiter wie an den Beugeseiten. Geringere Ausdehnung an den Füßen; daselbst geht die Schwellung nicht über die Knöchel hinaus. An vorstehenden Partien des Gesichts — Augen-

brauen, Nase, Jochbogen, Ohrmuscheln — außerdem an den Knien und den Waden, der Zungenspitze, dem Zäpfchen und dem Penis kleine, zirkumskripte, rote Flächen.

Keine Beweglichkeit der Hand- und Ellenbogengelenke. Es bestehen Temperatursteigerungen bis 39°, Leukozytose, Albuminurie und schwach positive Indicanreaktion. Nasenbluten.

Der Patient ist sehr aufgeregt und klagt über starke Schmerzhaftigkeit der betroffenen Stellen.

Der Bauch bietet nichts Besonderes. Herz und Lunge sind gesund. — Innerhalb weniger Tage, an denen der Prozeß noch fortgeschritten ist, ist die Verfärbung blauschwarz bis graphitgrau geworden, die Epidermis hebt sich in Blasen ab; die Blasen sind mit einer sanguinolenten Flüssigkeit gefüllt. Im Urin treten hyaline und granulierte Zylinder, Erythrozyten und Leukozyten auf.

Nach Verlauf einer weiteren Woche hat sich ein deutlicher Demarkationswall gebildet, über den der Prozeß nicht weiter hinausgeht, dafür pflanzt er sich in der Tiefe fort. Die Epidermis hat sich nach Entleerung der Blasen abgestoßen. Die Hände werden nach Art einer Krallenhand gehalten.

Nach einer weiteren Woche tritt kein Fieber mehr auf; das Allgemeinbefinden, das sehr darniederlag, hebt sich wieder etwas. Der Urin ist frei, der Hämoglobingehalt des Blutes ist von 58 auf 40 Proz. herabgesunken, die Erythrozytenzahl von $4^1/_2$ auf 2 Millionen. Es besteht noch Leukozytose. Der Stuhl, der während der Kolikanfälle angehalten war, ist seit dem Auftreten der Schwellung normal. Außer Schmerzen in den Händen bestehen keine Beschwerden mehr.

Die Gangräneszierung steht. Von der Demarkationsstelle aus quillt an beiden Armen Eiter hervor, die gangränösen Lappen (Haut und Unterhautzellgewebe) heben sich von der Muskelschicht ab. An den Füßen hat sich nach Abstoßen der Epidermis der Prozeß zurückgebildet und außer geringer Dekubitusbildung an den Füßen ist nichts mehr zu sehen. Die Flecken am übrigen Körper sind ohne Narben verheilt.

Nach einem fieberfreien Intervall von 6 Tagen tritt wieder Fieber auf, ohne daß sonst eine Änderung eingetreten wäre. Der Patient, der endlich seine Zustimmung zur Amputation der Unterarme gibt, an denen die Muskeln und Sehnen weithin bloßliegen, wird auf die chirurgische Abteilung verlegt (Geh. Tillmann), wo beide Arme oberhalb des Ellenbogengelenkes amputiert werden. Glatter Heilverlauf.

Nach einiger Zeit lockern sich die Zähne derart, daß 20 extrahiert werden müssen. Auch die Beseitigung einer durch Vernarbung aufgetretenen Phimose wurde nötig.

Nach der Amputation auffallend schnelle Besserung des Befindens.

Beide Fälle wurden aufgefaßt als Gangrän, die in der Rekonvaleszenz von Infektionskrankheiten, im ersten Fall von Polyarthritis acuta und im zweiten Fall einer nicht genau diagnostizierten Darmerkrankung, auftrat und die als Arteriitis, die durch Toxinwirkung hervorgerufen wurde, anzusehen ist.

Nach dem Vorbild Barrauds, der aus der Literatur 103 solcher Fälle zusammenstellte, wurden aus der Literatur seit 1904 einige weitere 40 Fälle erwähnt, bei denen Gangrän des Gliedes, Arme oder Beine, einseitig oder symmetrisch oder auch aller 4 Extremitäten, im Verlauf oder in der Rekonvaleszenz von Infektionskrankheiten auftrat.

Dem bekannten, von v. Khautz beschriebenen klinischen Bild ist höchstes hinzuzufügen, daß bei dem oft stürmischen Einsetzen der ersten Symptome Fieber und Leukozytose auftreten und der Puls in dem befallenen Gebiet schwach oder gar nicht wahrnehmbar ist.

Die Gangrän kann entstehen durch Embolie bei Endokarditis, durch arteriitische Prozesse, hervorgerufen durch Toxine oder durch Venenthrombosen. Die letztere Art kommt außerordentlich selten vor.

Die Mehrzahl der Gangränfälle bei Infektionskrankheiten wird durch Arteriitis bedingt.

Eichhorst, der wohl den ersten Fall ganz genau untersucht hat, und mit ihm eine Reihe deutscher Autoren, wie v. Wartburg, Goebel, Schmincke und die französischen Forscher, halten im Gegensatz zu dem Wiener Pathologen Wiesel die Prozesse für endarteriitisch, während Wiesel und Scharpff, der Wiesels Arbeiten nachgeprüft hat, dieselben als Erkrankung der Muskelschicht auffassen.

Aus dem Pathologischen Institut (Direktor Prof. Dr. Dietrich),
Abt. Augusta-Hospital (Prosektor Dr. A. Frank).

Über sarkomartige Lymphogranulomatose.

Von

Wilhelm Koch.

Die zu den generalisierten Granulomerkrankungen gehörige Lymphogranulomatose weist mitunter Formen auf, welche ihre scharfe Abgrenzung gegen maligne Blastome sowohl als leukämische Tumoren recht schwierig gestalten können. Yamasaki beschrieb erstmalig zwei diesbezügliche Grenzfälle und deutete sie im Sinne eines sekundären Überganges des Granulomgewebes in Sarkom. Mit dem Interesse für solche Mischbefunde wuchs die Häufigkeit ihrer Beobachtung.

Ein zu diesen Grenzfällen gehöriger Fall betrifft eine 39jährige Frau, welche seit mehreren Jahren an Atemnot, Heiserkeit, Husten und Auswurf litt und bei der klinischen Untersuchung neben auffallender Kachexie deutliche Lebervergrößerung, Aszites und rauhes Bronchialatmen über einzelnen Bezirken beider Lungenunterlappen aufwies. Das Röntgenbild der rechten Lunge zeigte eine auffallend scharfe, nach unten ziehende Bronchialzeichnung. Im Sputum keine Tuberkelbazillen. Blutbefund: Hämoglobin 78 Proz. (Sahli), Erythrozyten 6 640 000, Leukozyten 21 000, davon 90 Proz. polynukleäre, 6 Proz. Lymphozyten und 4 Proz. Übergangszellen.

Obduktionsbefund: Mittelgroße, auffallend kachektische und anämische Leiche. Im Abdomen 900 ccm trübgelber, flockiger Flüssigkeit. Zwerchfellstand beiderseits am unteren Rand der 5. Rippe. Lungen beiderseits durchsetzt mit derben, tumorartigen, grauweißen Knoten von Kirsch- bis Pflaumengröße. Schleimhaut der Trachea und Bronchien diffus gerötet und dicht besetzt mit rundlichen, zentral vertieften, grauweißen, plaquesartigen Verdickungen. Tonsillen vergrößert, stellenweise ulzeriert. Am Zungengrund und an der hinteren Rachenwand weißliche, linsenförmige Erhabenheiten. Schilddrüse vergrößert, derb, durchsetzt mit unregelmäßigen gelbweißen Einsprengungen. Milz stark vergrößert und auf dem himbeerrot gefärbten Durchschnitt durchsetzt mit erbsen- bis kirschgroßen, weißgrauen, knotigen Einlagerungen. Gewicht: 400 g. Größe: 18 : 10 : 6. Leber ebenfalls vergrößert und in ganzer Ausdehnung substituiert durch pflaumen- bis apfelgroße

Tumorknoten von gelbweißer Farbe und festweicher Konsistenz. Gewicht: 3300 g. Größe: 33 : 27 : 9. Nieren beiderseits vergrößert und mit zahlreichen grauweißen, tumorartigen Knötchen durchsetzt. Gewicht: links 190 g; rechts 178 g. Größe links 14 : 6,5 : 4; rechts 13,5 : 6 : 4. Retroperitoneale Lymphdrüsen zu knolligen, apfelgroßen Paketen vergrößert, welche auf der Schnittfläche festweiche Konsistenz und weißgraue Farbe aufweisen. Knochenmark der Brust- und Lendenwirbel zeigt in wechselnder Ausdehnung unregelmäßige weißliche Einsprengungen. Hypophyse derb, vergrößert. Sonst keine Besonderheiten der übrigen Organe.

Histologisch wurden Stückchen aller Organe und Tumorknoten untersucht.

Lymphdrüsen: Das Parenchym ist vollkommen substituiert durch ein aus Lymphozyten, Erythrozyten, Plasmazellen, neutrophilen und eosinophilen Leukozyten, großen, protoplasmareichen Zellen und richtigen Riesenzellen bestehendes Granulationsgewebe, welches eine bald feinmaschige, bald dickschollige Entwicklung derbfaserigen Bindegewebes aufweist. Die charakteristischen großen Zellen gleichen teils vergrößerten Endothelien, teils gewucherten Fibroblasten; sie besitzen homogenes, ungekörntes Protoplasma, welches einen breiten Saum um die wechselnden, Chromatingehalt zeigenden Kerne bildet. Die ein- und mehrkernigen Riesenzellen ähneln stellenweise weitgehend den Megakaryozyten des Knochenmarks. Langhanssche Riesenzellen fehlen. Die Drüsenkapsel ist stellenweise von den wuchernden Zellen infiltriert und durchbrochen.

Milz: Die Einlagerungen bestehen ebenfalls aus dem eigenartigen Granulationsgewebe; sie weisen, ebenso wie die normale Milzpulpa, zahlreiche kleine Nekrosen auf. Langhanssche Zellen nicht nachweisbar.

Nieren: Die Tumorknötchen zeigen histologisch die gleiche Struktur wie in Lymphdrüsen und Milz. Das Granulationsgewebe ist verschiedentlich in größere Venen diffus hineingewuchert.

Leber: Die Knoten zeigen infolge des Vorherrschens einer bestimmten Zellart in ausgedehnten Partien einen gleichmäßigen, organoiden Bau; die dichtgedrängt liegenden Zellen besitzen runde bis ovale Gestalt und gleichgestaltete, von reichlichem Protoplasmaleib umgebene Kerne. Die Gleichartigkeit des histologischen Aufbaues wird hauptsächlich bedingt durch die Entwicklung einer bindegewebigen Interzellularsubstanz, welche in einem äußerst feinmaschigen Netz die Zellen umspinnt. Der Zellreichtum des Gewebes, Form und Größe der Zellen, das völlige Fehlen von Granulationsgewebe in diesen Abschnitten verleiht letzteren große Ähnlichkeit mit einem Sarkom. Von diesen Partien aus finden sich

stellenweise Übergänge in mehr weniger typisches Granulationsgewebe mit reichlicherer Entwicklung fibrös-hyaliner Substanz.

Hypophyse: Das Parenchym ist bis auf geringe Reste durch ein Gewebe substituiert, welches weitgehend mit den sarkomähnlichen Tumorabschnitten der Leber übereinstimmt.

Die Einlagerungen des Knochenmarks und der Schilddrüse bestehen ebenso wie die Veränderungen der Trachea, des Zungengrundes und der Tonsillen aus dem mehrfach genannten Granulationsgewebe.

Der Fall muß einheitlich als eigenartige Form der Lymphogranulomatose gedeutet werden; die abweichenden sarkomähnlichen Veränderungen dürften in der wechselnden Virulenz und Einwirkung des infektiösen Virus ihre Erklärung finden.

Als Besonderheit sei der eigenartige Trachealbefund erwähnt, welcher in dieser typischen Form bisher einzig in seiner Art dasteht und an ätiologische Beziehungen zum Eintritt des spezifischen Infektionserregers denken läßt. Bemerkenswert ist ferner das völlige Intaktsein der Halslymphdrüsen; es handelt sich bei der ausschließlichen Beschränkung des Prozesses auf die retroperitonealen Lymphdrüsen um die als larvierte oder typhoide Form der Erkrankung beschriebene Variation. Tuberkulöse Veränderungen wurden weder bei der Obduktion noch bei der histologischen Untersuchung gefunden. Die von Fänkel und Much als spezifische Erreger beschriebenen antiforminfesten, grampositiven Granula in Stäbchenform konnten im Sediment nicht nachgewiesen werden. Die Mitbeteiligung der Tonsillen in der für den vorliegenden Fall beschriebenen Form ist äußerst selten und in der Literatur kaum beschrieben; das völlige Intaktsein dieses Organes wird im Gegenteil oft als Eigenart der Erkrankung betont. Der Blutbefund entsprach der Norm; er zeigte eine relative neutrophile polymorphkernige Leukozytose bei gleichzeitiger absoluter Leukozytose und eine dementsprechende Herabsetzung der Lymphozytenprozente.

Zusammenfassend ist über den vorliegenden Fall zu sagen, daß es sich um die sarkomartige Variation einer im übrigen histologisch typischen Lymphogranulomatose handelt; für die Annahme eines sekundären Überganges des Granulomgewebes in Sarkom liegt kein Anhaltspunkt vor.

Aus dem Pathologischen Institut (Direktor Prof. Dr. A. Dietrich).

Über die Epitheliome der Schleimdrüsen.

Von

Hans Heinen aus Köln.

Zunächst wird ein Überblick über die klinischen und morphologischen, sowie histologischen Eigenschaften der von den Schleimdrüsen der Mundhöhle ausgehenden Geschwülste gegeben, wobei ihre Zugehörigkeit in die Reihe der undifferenzierten epithelialen Geschwülste der Drüsen betont wird. Die vorliegende „Mischgeschwulst" ist nicht unbedingt von einem versprengten Parotiskeim abzuleiten, im Gegenteil ist die direkte Ableitung von den Gaumenschleimdrüsen viel wahrscheinlicher.

Die bei einer Frau von Herrn Dr. Hopmann zufällig entdeckte und operierte Geschwulst des harten Gaumens wog 25 g. Die Länge war 15 cm, die Höhe 3 cm, die Dicke 3—4 cm. Sie hatte eine glatte Oberfläche, mit weißlich durch die Kapsel durchschimmernden Partien und war gleichmäßig derb. Beim Durchschnitt unterscheidet man makroskopisch die Kapsel, von der Bindegewebszüge in die Geschwulst eindringen und sich in ihr verlieren. Am Rande kommt es dabei zu scharfer Abgrenzung des Parenchyms. Auffällig sind zahlreiche in die Geschwulst eingesprengte mehr oder weniger große unregelmäßig geformte Herde, die bläulich, glasig durchschimmernd erscheinen.

Histologisch besteht die Kapsel aus fibrillärem, wenig kernhaltigem Bindegewebe, das teilweise homogenisiert aussieht. An einer Stelle sind der Kapsel große Komplexe von Gaumenschleimdrüsen angelagert. Stellenweise ist die Kapsel außerordentlich dünn, das heißt, die Schleimdrüsen treten so nahe an das Tumorgewebe heran, daß nur einige ganz schmale Bindegewebszüge dazwischen liegen. Ferner sieht man in der Kapsel ganz zusammengedrückte Drüsenpartien, die atrophisch sind. Vom Plattenepithel des Gaumens war der Tumor durch reichliches Zwischengewebe getrennt. Die anliegenden Schleimdrüsen in wechselndem Füllungszustande zeigen nichts Besonderes. Um die Gefäße nicht sehr bedeutende Infiltration mit Lymphozyten.

Von der Kapsel ziehen breite Bindegewebszüge in den Tumor, am Rande Alveolen bildend, in der Tiefe sich verlierend. Im Gegensatze zu den äußeren Bindegewebszügen, die schmale, stark gefärbte Stäbchenkerne haben, finden sich in der Tiefe darin verstreut große

blasse Kerne, so daß oft eine scharfe Abgrenzung vom Parenchym schwer möglich ist. Im Bindegewebe liegen in schmalen Spalten ebenfalls den Parenchymkernen sehr ähnliche, vielleicht etwas blassere Kerne. Stellenweise fasert sich nun das Bindegewebe in eine homogene, nicht oder nur schwach gelb gefärbte Substanz auf, in der nach einiger Entfernung von der Auffaserung in unregelmäßigen zackigen Lücken deformierte, teils ganz zerfallene Kerne liegen. Knorpelähnlichkeit besteht infolge der unregelmäßigen Lücken nur in beschränktem Maße.

Das Parenchym ist ausgesprochen netzförmig angeordnet mit großen oval-rundlichen Kernen mit Kernkörperchen. Nur in der Nähe der Kapsel liegen die Tumorzellen in scharf begrenzten Alveolen mit pallisadenförmig stehenden Kernen. Sehr gern lagern sich die Zellen zu Kreisen, in 2—3fachen Schichtungen mit oder ohne Lumenbildung. Dabei entstehen drüsenähnliche Bilder, besonders wenn die innern Zellen hochzylindrisch werden. Im Lumen liegt eine homogene, bräunliche Substanz. Ungefähr in der Mitte des Tumors liegt ein länglicher Hohlraum, von mehrfacher Schicht abgeplatteter epithelialer Zellen begrenzt, im Lumen eine bräunliche, feingekörnte Masse. Ganz vereinzelt kommen Schichtungskugeln vor. In der Nähe des Hohlraumes liegt ein rötlicher Bezirk, in dem in einer homogenen, feinfädigen, gequollenen Bindegewebsmasse Häufchen von Parenchymzellen netzförmig unter sich verbunden liegen. Viele Zellen sind auch isoliert und liegen in einer runden, hellen Lücke. Es entsteht so ein deutlich knorpeliges Gewebe, das sich auch weiter, indem der rötliche Ton der Zwischensubstanz unmerklich in einen gelben übergeht, findet. Das so oft beschriebene „embryonale Schleimgewebe“ fand sich dagegen niemals.

Bei starker Hämalaunfärbung glaubt man das Entstehen des Schleimknorpels förmlich zu sehen. Die Zellkerne des knorpelähnlichen Gewebes waren in keiner Weise von den Parenchymkernen zu unterscheiden, die Lücken entsprachen dem Protoplasma. Bei dieser Färbung ergab sich aber ein weiterer außerordentlich interessanter Befund. Es fanden sich in der Mitte der noch normalen Zellzapfen, aus denen der Schleimknorpel immer hervorging, kleine Bezirke, in denen die Zellgrenzen von 5—10 zusammenliegenden Zellen sichtbar waren, und zwar durch einen schmalen Saum, der deutlich blau war. Dabei war das Protoplasma zuweilen stärker Licht brechend. In andern Inseln waren die Säume breiter, bis zu Kerndicke. Hier war schon ein deutliches Knorpelgewebe, wenn auch das Protoplasma noch die Zwischensubstanz überwog. So fanden sich alle Stadien. Es ergab sich weiter, daß es sich um schleimig entartetes Bindegewebe handelte. Die Knorpelbezirke standen immer damit in Verbindung. Es war zu sehen, wie die feinen rötlichen Bindegewebszüge den blauen Farbton des Schleims annahmen. Der

allmähliche Übergang großer Knorpelinseln im Zentrum in eine rötliche Substanz wird wohl der in der Literatur angegebenen Umwandlung des Schleims in Hyalin entsprechen.

Wenn man sich also der Auffassung Ehrichs, daß das Knorpelgewebe nur durch Sekretion einer schleimigen Zwischensubstanz durch die Geschwulstzellen entsteht, nicht ganz anschließen kann, sondern auch dem Bindegewebe eine wichtige Rolle bei der Entstehung des knorpelähnlichen Gewebes zuteilen muß, so soll durchaus nicht in Abrede gestellt werden, daß auch Sekretionsvorgänge dabei eine Rolle spielen. Vielleicht trifft eine Kombination das Rechte.

Der vorliegende Tumor ist als ein epithelialer anzusehen mit undifferenziertem Epithel im Sinne Krompechers. Er ist kein Mischtumor, bei dem epitheliale und mesenchymale Keime zusammenwirken, sondern die Bilder der Mischung, vor allem des Knorpelgewebes sind vorgetäuscht durch besondere Beziehungen des Epithels zum bindegewebigen Stroma. Ob und wie weit überhaupt echter Knorpel in diesen Geschwülsten vorkommt, müssen weitere Untersuchungen zeigen.

Man hat also zu unterscheiden: 1. Mischtumoren mit epithelialem Parenchym und echten Knorpeleinsprengungen; 2. Tumoren rein epithelialer Abkunft, bei denen Knorpel vorgetäuscht wird.

Aus der Psychiatrischen Klinik
(Direktor Prof. Dr. Aschaffenburg).

Sozialer und klinischer Beitrag zur Alkoholfrage.

Von

Joseph Krantz.

Einen Beitrag zu den Tatsachen über den Alkoholismus, über das in Trinkerfamilien herrschende soziale Elend, für die gewaltigen Lasten, die Polizei- und Armenbehörden durch dem Trunke ergebene Personen entstehen, sowie auch für die zu beobachtenden hauptsächlichen klinischen Krankheitszeichen boten die in der Psychiatrischen Klinik der Krankenanstalt Lindenburg in Köln im Monat Januar 1914 beobachteten 22 Fälle von Alkoholismus. Sie stellten in dem betreffenden Monat $^1/_4$ der Gesamtzahl sämtlicher auf der Männerabteilung aufgenommenen Kranken dar. In klinischer wie in sozialer Hinsicht waren die hauptsächlichsten Alkoholiker-Typen mit ihren charakteristischen Merkmalen darunter vertreten. Die meisten der Kranken gehörten dem Arbeiter- bzw. Handwerkerstande an und stammten aus dürftigen, ungünstigen häuslichen Verhältnissen. Die Mehrzahl waren Psychopathen von Hause aus und durch trunksüchtige Eltern, besonders väterlicherseits, stark erblich belastet. Soweit sie verheiratet waren, waren die Ehen durchweg unglücklich bzw. geschieden und mit minderwertiger Nachkommenschaft befruchtet, die zum Teil auch bereits der öffentlichen Fürsorge zur Last fielen. Ein großer Teil war vorbestraft und infolge Alkoholbeeinflussung geschlechtskrank gewesen. Die Zahl der Epilepsie bzw. epileptoide Symptome aufweisenden Patienten war erheblich. In fast allen Fällen fanden sich körperliche, auf den chronischen Alkoholgenuß zurückzuführende Veränderungen wie Blutdrucksteigerung, neuritische Symptome, Erkrankung der Atmungsorgane und des Herzens, in vielen Fällen Pupillen- und Leberveränderungen, vereinzelt Zucker- und Eiweißausscheidung. Fast sämtliche Fälle erhielten zum Teil ganz erhebliche Unterstützungen aus öffentlichen Mitteln. Wirkliche Einsicht für den sozialen Rückgang und die ganze Lebensführung bestand bei den wenigsten. Einige hatten sich zu förmlichen Anstalts- und Krankenhausbummlern entwickelt.

Die Trinker setzen sich in ihrer großen Mehrzahl zusammen aus zwei Kategorien:

1. aus Psychopathen, ethisch minderwertigen, durch ihre „degenerative Anlage“ zu Trinkern gewordenen Personen, die vielfach

hauptsächlich wegen irgendwelcher sozialer Mißstände zur Beseitigung der Unlustgefühle ihre Befriedigung im Alkohol suchen,

2. aus von Hause aus im allgemeinen ordentlichen, jedoch durch die geselligen Trinkgewohnheiten und durch die Nachahmungssucht verführten Menschen.

Die zweckmäßigste Behandlung besteht nach Möglichkeit in der Beseitigung der jeweiligen Ursachen. Die staatliche Hilfe ist dabei nicht immer zu entbehren und die Einführung besserer Bestimmungen im künftigen Strafgesetz zu erstreben. Aber zur Bekämpfung des Alkoholismus ist vor allem eine Änderung der Lebensgewohnheiten des Volkes Vorbedingung. Was zunächst zu fordern und auch erreichbar ist, ist folgendes: Ein innigeres Zusammenarbeiten der Armenbehörden, der Krankenkassen, Versicherungsanstalten und Strafgerichte mit den Trinkerfürsorge-Organisationen, Ausbau der letzteren bei gleichzeitiger möglichster Wahrung des privaten Charakters unter Leitung einer besonders dazu geeigneten Persönlichkeit, Einführung der Berufsvormundschaft, wenn irgend möglich unerbittliche Einleitung von Zwangsmaßregeln für nicht zu beeinflussende unheilbare Elemente durch Verurteilung ins Arbeitshaus, weiterer Ausbau der Unfallverhütungsvorschriften, möglichste Verwertung der seit dem 1. 1. 14. geltenden RVO., wonach unter Umständen sämtliche Geldleistungen der Kranken-, Unfall-, Invaliden- und der Privatangestelltenversicherungen in Form von Sachleistungen ausgezahlt werden können. Die LVA. Berlin empfiehlt für die Großstadt als zweckmäßigste Form der Sachleistung die Mietszahlung.

Ferner ist sehr wesentlich, alle Bestrebungen zu unterstützen, wodurch indirekt die Bekämpfung des Alkoholismus gefördert werden kann. Da steht vor allem die Wohnungsnot im Vordergrund des Interesses. Außer in dem Wohnungselende liegt in der Gewohnheit, in der menschlichen Nachahmungssucht, in unseren traditionellen Trinksitten das stärkste Motiv zum Trinken. Zur Bekämpfung dieses Motivs ist eine gründliche Reform der ganzen Trinkanschauungen, Trinksitten und des ganzen Gasthauswesens erforderlich. Das Endziel der ganzen Alkoholbekämpfung kann überhaupt nur sein die vollständige Ausschaltung des Alkohols, Verbot der Herstellung und des Verkaufes.

Aus dem Pathologischen Institut des Städtischen Krankenhauses in Mainz (Vorstand: Dr. Georg B. Gruber).

Zum Kapitel des peptischen Magengeschwürs im Kindesalter und der Melaena.

Von

Stephan Karl Mayer aus Mainz.

Die Unsicherheit, wie man das Zustandekommen des Magengeschwürs pathologisch-physiologisch sich erklären soll, erhellt aus der großen Zahl von Theorien, die sich bald auf die eine, bald auf die andere morphologische Veränderung gründen. Alle diese Deutungen mußten vor der Anerkennung einer Multiplizität von Bedingungen scheitern, besonders da, wo sie die Verteilung des Ulcus pepticum in Hinsicht auf Alter und Geschlecht zu erklären versuchten. Heute herrscht Einigkeit, daß das Geschlecht keine disponierende Rolle spielt. Bezüglich des Alters fehlen genügend Untersuchungen für die interessantesten, die ersten und letzten Lebensdezennien. Immerhin machen neue Veröffentlichungen wahrscheinlich, daß in der Kindheit das Ulcus pepticum weit häufiger ist, als früher angenommen wurde. In Mainz fanden sich 6 kindliche Ulcusfälle unter 942 Sektionen, wovon 174 Kindersektionen. Nur bei 3 von diesen 6 Fällen war Blutabgang die Todesursache, so daß zweimal in vivo die Diagnose Melaena gestellt wurde. Da hinter der klinischen Melaena oft ein Ulcus steckt, besteht die Vermutung, daß beide gemeinsame ätiologische Beziehungen haben. Bei Melaena und Ulcus tritt die Selbstverdauung der Magenwand ein, nachdem die schützende Kraft des Blutes, die auf einem Antiferment oder auf seiner Alkaleszenz beruhen mag, in Fortfall gekommen ist. Eine solche Sperrung des Blutzuflusses geht entweder aus pathologischen Vorgängen im Gefäßsystem selbst oder aus nervösen Störungen hervor.

Es verdient hierbei Beachtung, daß auch nervöse pathologische Einflüsse aus der Entfernung den Grund zur Bildung von Ulcera legen können. Erhärtet wurde diese Theorie durch die Koinzidenz von zerebralen Insulten traumatischer oder experimenteller Natur mit Ulcus, wobei die Anschauung Boden gewann, daß vasoneurotische oder vasomuskuläre Störungen in der Submucosa die ausschlaggebende Rolle spielen. Die peptischen Affektionen sind dann zur „zweiten Krankheit“ (Rößle) geworden, denen eine primäre nervöse Schädigung mit konsekutiver Vagusreizung voraufgeht.

Gerade im Kindesalter, wo man manifeste Schädigungen des Gefäßsystems selbst weitaus seltener sieht, hat die Aussicht einer Erklärung auf dem Umweg über das Nervensystem viel Verlockendes. Anatomisch nachweisen läßt sich die Spur dieser nervösen Bahn nicht. Wenn aber klinisch und anatomisch feststeht, daß außer im nervösen Zentrum und der peptischen Affektion keinerlei Störung besteht, und Zentral- und Gefolgsorgan (Magen) innerhalb kurzer Zeit befallen sind, so bleibt zur Erklärung nur der nervöse Weg übrig. Auf ihm kommt auch manchmal die Melaena neonatorum zustande, die sodann den peptischen Affektionen als Begleiterscheinung oder als Äquivalent zuzuzählen ist.

„Melaena" hieß ursprünglich jede Blutung bei Neugeborenen, die aus einer Leibesöffnung hervorging. Mit den Wandlungen des Begriffs „Krankheit" schlechthin hat jede folgende Generation von Gelehrten den Begriff „Melaena" spezialisiert und schließlich die Erteilung des Namens „Melaena" nur den Blutungen aus dem Magen bei Neugeborenen ohne anatomisch nachweisbare Änderung zuerkannt. Dies dokumentiert sich in den Epitheta „vera", „spuria" und „idiopathica", die allein schon sprachlich unpassend sind. Von der anatomischen Aera durch die bakteriologische, die auch einen Melaenabazillus gefunden hatte, bis zur heutigen konstitutionspathologischen Zeit hat die Melaena, wie manches andere Krankheitsbild, ihre Selbständigkeit verloren und ist Symptom, d. h. Ausdrucksform der Dysfunktion eines Organsystems geworden. Aber wir sind uns heute doch klar, daß auch damit nicht alle Fälle untergebracht sind, z. B. die Melaena bei Ösophagusvarizen, wie ein hier beobachteter Fall. In der Erkenntnis, daß wir heute unter Melaena ein Symptom verschiedener Genese zusammenfassen, lassen wir alle Epitheta weg und verzichten auch auf eine scharfe Trennung der kindlichen Melaena von den Blutungen ähnlicher Provenienz bei Erwachsenen. Ebenso fallen die Schranken zwischen Blutungen aus dem Verdauungstraktus ohne und mit anatomischem Substrat. Blutungen können durch Veränderungen des Blutes selbst entstehen, insbesondere durch Steigerung des Druckes, wie bei plötzlicher Unwegsamkeit der Arteria hypogastrica, Kompression der Nabelschnur, Herzfehler oder Gefäßanomalien (besonders Aneurysma der Arteria pancreatico-duodenalis). Wie oft Blutungen eintreten, ist schwer zu sagen. Melaena wird etwa bei einer von tausend Geburten beobachtet. Das kindliche Ulcus findet sich aber sicher häufiger. Ulcus sowohl wie Melaena können aber auch durch bakteriämische Metastasen entstehen. Rein septischer Melaena ist wohl der Vomito negro bei Gelbfieber gleichzusetzen. Bei Kindern tritt septische Melaena bei Pyämie der Nabelgefäße auf. Ähnliche Vorgänge sind auch die kindlichen Magenblutungen bei Lues congenita, die ihr Gegenstück in gleichzeitig auftretenden

Hauthämorrhagien haben. Jedoch wird in den luetischen Melaenafällen gleichzeitig von Leberzirrhose oder Mißbildung berichtet, so daß schwer zu entscheiden ist, ob Zirkulationsstörungen oder Blutzusammensetzung der ausschlaggebende Faktor ist. Sicher auf abnormer Blutbeschaffenheit beruht die Melaena, die bei Purpura auftritt, denn das für eine Infektion herbeigeführte Moment des familiären Vorkommens ist doch vielmehr zugunsten einer vererblich-konstitutionellen Abnormität des Blutes zu deuten, wofür auch die neuerdings beobachtete Koinzidenz von Purpura, Herpes zoster und Neuralgien spricht.

Den peptischen Affektionen ist, wie erwähnt, eine neurogene Genese, namentlich durch Vagotonie und Angiospasmus, zugeschrieben worden. Für Purpura und Melaena, die mit peptischen Affektionen, wie wir auch schon erwähnt, oft koinzidieren, sind wir schließlich auch auf eine konstitutionell bedingte, nervöse Entstehungsmöglichkeit zurückgekommen. Es kommt noch hinzu, daß Blutungen im Magen von kleinstem Umfang, sogenannte Stigmata, durch Experiment auf nervösem Weg erzeugt werden können. Gerade wie auch die Blutungen in dem Magen bei Gehirnverletzungen, insbesondere Tentoriumzerreißung und anderen traumatischen Vorgängen im Gehirn (bei der Geburt) veranlaßt werden. Auf letzten Endes nervöser Basis beruhen auch die Magenblutungen durch Phosphor-, Antimon- und Arsenvergiftung. Ulcus, Melaena und Purpura berühren sich also in ihrer Genese, und es ist zum mindesten für viele Fälle wahrscheinlich, daß alle diese Erscheinungen auf neurogenem Boden entstehen, daß sie der Ausdruck nervöser Konstitutionsanomalie sind. Ein Analogon zu dieser Annahme finden wir in den unlängst beobachteten Beziehungen zwischen Bronchotetanie und Darmgeschwür. Vielleicht werden ähnliche Beziehungen auch einmal zwischen Melaena und Pylorospasmen gefunden.

(Die Originalarbeit erscheint in der Zeitschrift für Kinderheilkunde.)

Aus der Psychiatrischen Klinik der Lindenburg in Köln
(Direktor: Prof. Dr. Aschaffenburg).

Über eine merkwürdige Art des Zwangssprechens.

Von

Hubert Krupp aus Driesch.

Leopold D., 64 Jahre alt, ohne erbliche Belastung. Angeblich nie ernstlich krank gewesen. Seit 10 Jahren schwerhörig und seit 3 Monaten nervenleidend. Er sei sehr aufgeregt gewesen, habe an Verstimmungszuständen gelitten, in denen er geweint habe. Seit 3 Tagen tauchten bei ihm ganz plötzlich Worte wie „Schlenkedenski", „Badesi", „Manesi", „Liß", „Bliß" auf, die er dann gegen seinen Willen stundenlang aussprechen müsse, ohne daß er dagegen ankönne.

Körperlicher Befund. Außer einer Verhärtung der Arterien findet sich nichts Krankhaftes.

Während des Aufenthaltes in der Klinik wurden unter anderem folgende und ähnliche Reime von dem Kranken gesprochen:

Pia-Pia-Lohne,
Ohne Bohne.

Zibbelbei-Zibbelbei,
Ohne Fuchs und ohne frei.

Ohne Dachs und ohne Flachs,
Ach, das ist das Bienenwachs.

Nasewitsch und ohne Fra.
18 Bienen sind schon da.

Der Kranke hatte völlige Kritik gegenüber der Sinnlosigkeit dieser Reimereien. Einmal trat bei ihm die Idee auf, er habe statt Opium eine ätzende Flüssigkeit bekommen, die ihm den Magen verbrannt habe. Später führte er seine Magenbeschwerden auf das Opium selbst zurück. Infolge einer Aufregung trat eine Verschlimmerung seines Zustandes ein. Vor allen Dingen mußte er wieder sehr viel sprechen. Nach einigen Tagen besserte sich der Zustand jedoch wieder; der Kranke wurde gebessert von seinen Angehörigen abgeholt.

Die Reime lassen uns zunächst an eine Dementia praecox denken, doch können wir bei dem Patienten keinerlei für diese Krankheit sprechenden Symptome finden. Es liegt daher nahe, an eine Zwangsvorstellung bzw. Zwangssprechen zu denken. Das Wort Zwangsvorstellung stammt von v. Krafft-Ebing. Eine genaue Definition über Zwangsvorstellungen gab uns Westphal im Jahre 1877. In der kommenden Zeit verwischte sich der Begriff Zwangsvorstellungen, weil man allerhand Krankheitsbilder darunter beschrieb, die streng genommen nicht dazu zu rechnen sind.

Westphal forderte für die Zwangsvorstellungen: 1. intakte Intelligenz, 2. Mangel einer affektiven Grundlage, 3. erhaltenes Krankheitsbewußtsein, 4. das subjektive Zwangsgefühl.

Am 1. Punkte kann nicht streng festgehalten werden, da wir Zwangsvorstellungen auch bei organischen Hirnerkrankungen finden, bei denen die Intelligenz bisweilen weitgehend verloren gegangen ist. Über die zweite Forderung ist ein großer Streit ausgebrochen: Während Bumke, Cramer, Dornblüth, Thomsen und Ziehen eine rein primäre Denkstörung annehmen, stehen dazu im Gegensatz Aschaffenburg, Kräpelin, Bleuler, Stöcker, welche die emotive Grundlage betonen. Friedmann hat Theorien aufgestellt, die für beide Entstehungsursachen befriedigen. Was den 3. Punkt anbelangt, so gehen auch darüber die Meinungen auseinander. Während einige verlangen, daß die Zwangsvorstellungen von den Patienten als krankhafte Produkte ihrer Vorstellungstätigkeit sofort erkannt werden, fordern andere, daß sie „bei kritischer Betrachtung und in der Ruhe“ als unzutreffend erkannt werden. Die Stellung zu einer Idee kann sogar an ein und demselben Tage wechseln. Einig sind jedoch alle in der Forderung des subjektiven Zwangsgefühls, daß sich die Vorstellungen dem Patienten gegen seinen Willen ins Bewußtsein drängen, und es ihm nicht möglich ist, dieselben aus seinem Gedankenkreis zu verscheuchen.

Diese Forderungen werden heute für eine echte Zwangsvorstellung gestellt. Da das Nachgeben „ein eigenartiges Gefühl fast wollüstiger Befriedigung“ hervorruft, so führt die Zwangsvorstellung zur Zwangshandlung. Diese sind also Folgen von Zwangsvorstellungen. Dazu gehört auch das echte Zwangssprechen, d. h. ein Sprechen infolge von Zwangsdenken. Aus alledem folgt, daß es sich bei unserm Patienten um einen Fall von echtem Zwangssprechen handelt. Außerdem zeigt er noch die Symptome einer Arteriosklerose.

Zwangsvorstellungen finden wir zunächst bei Psychopathen, dann bei der Manie-Melancholie, von denen Ziehen, Heilbronner und Stöcker einige Fälle beschreiben. Bei organischen Gehirnveränderungen kommen sie ebenfalls vor, so bei Dementia paralytica und Arteriosklerose. Wernicke schildert einen solchen Fall, ebenfalls Stöcker. Nach einer anstrengenden Lebensweise litt sein Patient an Schlaflosigkeit, unbestimmtem Angstgefühl und einem Zwang, Dinge vor sich hinzusagen, die „keinen Sinn und Zweck gehabt hätten“. Von besonderem Interesse ist hier der als Arteriosklerose aufgefaßte Fall von Rieth. Frau M., 56 Jahre alt, hat in ihrem Leben viel Aufregung und Ärger gehabt. Sie erkrankte an Schlaflosigkeit, Beängstigungen und an dem Zwang, immer an ein Wort „Astetenotnaus“ und „das Dohlennest“ zu denken und es auch aussprechen zu müssen. Nach Behandlung besserte sich der Zu-

stand, jedoch erkrankte sie nach einem großen Schrecken wiederum. Diesmal waren es die Worte „Tristonenest“ und „Sestehudenest“, die sich ihr aufdrängten. Sie hatte stets vollkommene Krankheitseinsicht. Auch bei diesem Fall handelte es sich um echtes Zwangssprechen.

Bei den meisten Formen des Zwangssprechens werden Worte obszönen oder gotteslästerlichen Inhalts ausgestoßen. Ganz einzigartig sind die Fälle von Rieth, dessen Kranker von den oben erwähnten Worten verfolgt wird, und der unsrige, dem sich diese unsinnigen Reimereien aufdrängen und der sie auch aussprechen muß.

Über konjugale Paralyse.

Von

Alois Keuser aus Mayen.

In der Zeit vom März 1913 bis Juli 1919 wurden in der Psychiatrischen Klinik Köln-Lindenburg 3 Fälle konjugaler Paralyse beobachtet. P. Ernst, Oberingenieur (Paralyse) und seine Frau (Paralyse), N. Joseph, Rechnungsrat a. D. (Paralyse) und seine Frau (Tabes-Paralyse) und V. Walter, Kaufmann (Paralyse) und seine Frau (Paralyse).

Die Krankengeschichten bieten gegenüber den bisher veröffentlichten nichts Besonderes.

Die Zahl der bisher veröffentlichten Fälle von konjugaler Paralyse ist recht stattlich. Und doch ist ihre Zahl gering im Vergleich zu den Tausenden von Paralytikern. Man kann verschiedene Gründe dafür anführen. Räcke und Mönkemöller meinen, man habe zu wenig darauf geachtet. Junius und Arndt sagen, daß verhältnismäßig selten beide Gatten zu gleicher Zeit erkrankten, der eine Gatte könne schon gestorben sein, ehe der andere erkrankte usw. Auch müsse man die Zahl der ledigen Paralytiker abziehen.

Wenn man nun Gatten und Angehörige von Paralytikern genauer untersucht, so wird die Zahl der Paralysen bei Eheleuten ohne Zweifel bedeutend steigen. Aber man wird auch etwas anderes finden. Mit Hilfe der Wassermannschen Reaktion sind wir in der Lage, man kann wohl sagen, den allergrößten Teil von Lues sicher zu diagnostizieren. Wird man nun große exakte und öftere Untersuchungen von Paralytikerangehörigen vornehmen, so wird zwar die Zahl der konjugalen Erkrankungen wachsen, aber in weit größerem Maße die Zahl derjenigen, bei denen nur sekundäre oder tertiäre syphilitische Erscheinungen, ohne daß eine Nervenerkrankung besteht, evtl. nur positive Wassermannsche Reaktion vorliegen. Ich weise da besonders auf die Arbeiten Meyers und v. Rohdens hin.

Ungefähr genau so selten wie Syphilitiker an Paralyse oder Tabes erkranken, genau so selten erkranken Gatten von Paralytikern oder Tabikern an Paralyse bzw. Tabes.

Welche Rolle spielt nun die konjugale Paralyse in der Frage der Ätiologie der Paralyse? Im Jahre 1863 teilte Kjellberg einen Fall von konjugaler Paralyse mit, bei dem Lues festgestellt war. Gerade der Umstand, daß beide syphilitischen Gatten an Paralyse

erkranken, läßt Kjellberg vermuten, daß die Lues die Ursache der Paralyse bildet. Von den 18 konjugalen Paralysefällen Mendels waren 8 sicher luetisch infiziert, während in 5 Fällen nur beim Manne sichere Lues bestand. Räcke, Mönkemöller, Junius und Arndt wiesen immer darauf hin, daß Lues die Ursache der Paralyse sei.

Und doch muß man für das Zustandekommen der Paralyse einen zweiten Koeffizienten zu Hilfe nehmen. Zunächst kommen als ursächliche Momente Nikotin, Exzesse in baccho et in venere, geistige Überanstrengung, Gemütserregung, Beruf usw. in Frage. Wie weit diese Momente von Einfluß sind, wird von den einzelnen Autoren verschieden angegeben. Das konjugale Vorkommen der Paralyse spricht im allgemeinen dagegen.

Weiterhin kann man an eine besondere Disposition des Körpers denken, einen besonderen Bau des Nervensystems, der es mehr oder weniger empfänglich gegenüber der Wirkung des Syphilisgiftes macht.

Für diese Theorie spricht, daß das Auftreten der Paralyse bei den einzelnen Rassen ganz verschieden ist. Erb, Fischler und Junius und Arndt können aber der Disposition keine große Bedeutung beimessen. Erb z. B. sagt, die Familiendisposition könne doch gerade bei der konjugalen Paralyse keine Rolle spielen, da Mann und Frau doch nicht aus derselben Quelle zu stammen pflegen.

Der Umstand, daß die Syphilis bei der konjugalen Paralyse aus einer Quelle kommt, hat zur Theorie der Lues nervosa geführt, d. h. man nimmt an, daß das Syphilisgift in verschiedenen Arten vorkommt, von denen eine besonders das Nervensystem angreift. Das Vorkommen der infantilen, familiären und konjugalen Paralyse scheint auf den ersten Blick diese Theorie zu bestätigen. Jedoch gibt es viele Fälle, in denen der eine Gatte paralytisch ist, während der andere Gatte oder die Kinder sekundäre oder tertiäre luetische Erscheinungen aufweisen oder nur Reflex- oder Pupillenanomalien oder gar nur positive Wassermannsche Reaktion zeigen.

Der Mann soll häufiger an Paralyse, die Frau häufiger an Tabes erkranken. Auch wird betont, daß der Mann meist früher erkranke als die Frau. Aber es besteht keine Regelmäßigkeit in der Zeit zwischen luetischer Infektion und Ausbruch der Paralyse bzw. Tabes. Wie ich bei den Fällen von Junius und Arndt ausgerechnet habe, schwankt die Zahl der Jahre zwischen 6 und 21, im Mittel beträgt sie 14,7. Dieses Resultat stimmt mit den Angaben in der Literatur überein (Rubensohn 15,03 Jahre).

Sieht man sich die paralytischen Ehepaare auf den Beruf hin an, so findet man, daß fast kein Stand ausgenommen ist. Bei den Frauen findet man mehrmals Prostituierte, die gewöhnlich die Lues in die Ehe mitbringen.

Die Zeit, die beide Gatten in der Ehe verbringen, schwankt zwischen 1 und 29 Jahren, wie ich bei den Fällen von Junius und Arndt ausgerechnet habe. Im Mittel beträgt sie 12,8 Jahre.

Es bestand Sterilität in 25 Proz. der Ehen. Die durchschnittliche Zahl der lebenden Kinder betrug 0,89. Die durchschnittliche Zahl der geborenen Kinder betrug 1,9.

Bei 36 Ehepaaren aus dem Bericht von Junius und Arndt betrug die Zahl der Aborte 37. Es bestand Sterilität in 44,4 Proz. der Ehen. Die durchschnittliche Zahl der lebenden Kinder betrug 0,79, die durchschnittliche Zahl der geborenen Kinder betrug 0,9.

Ein Dermoid mit Kugelbildungen.

Von

Arnold Kellendonk.

Am 1. Oktober kam auf der chirurgischen Station des St. Vinzenzkrankenhauses in Köln (Prof. Dr. Dreesmann) ein selten schöner Fall einer Dermoidzyste mit Bildung von Dermoidkugeln zur Beobachtung und zur Operation.

Die Patientin Maria Sch., 41 Jahre alt, ist früher nie krank gewesen. Seit mehreren Monaten beobachtete sie eine zunehmende Anschwellung des Leibes. Sie wurde vom Hausarzt einmal punktiert. Dabei soll angeblich Eiter gekommen sein. Die Periode sei früher immer stark gewesen, seit Januar d. J. jedoch merklich schwächer geworden. Bei der Periode habe sie nie Beschwerden oder Schmerzen gehabt. Dieselbe sei bis zuletzt regelmäßig gewesen.

Bei der Operation fand sich ein kindskopfgroßes Gebilde des linken Ovariums, das als Zyste angesprochen wurde und gut gestielt, jedoch nicht um die Achse seines Stieles gedreht war. Die Geschwulst stellt einen unter der Tube im Ligamentum latum gelegenen Tumor von semmelförmiger Gestalt dar. Durch eine Wand wird die Geschwulst in zwei Teile geteilt, von denen der eine obere und in die freie Bauchhöhle ragende Teil kleinkindskopfgroß ist, der andere, im kleinen Becken liegende, die Größe einer kleinen Faust besitzt. Die Konsistenz des größeren Teiles ist eine prallelastische, die des kleineren etwas fester. Die Wand des ganzen Tumors ist glatt, von einigen dünnen Gefäßen durchzogen. Beim Aufschneiden der Geschwulst fand sich in dem kleineren Teile eine Talgmasse von fettig-schmieriger Beschaffenheit und weißlicher Farbe. Die Talgmasse war mit Haaren untermischt. Der kleinere Teil wurde von dieser Masse ganz ausgefüllt.

Aus dem größeren Teil entleerte sich beim Aufschneiden eine gelb-braune, blutig-seröse, fettige Flüssigkeit, in ihr schwammen unzählige Kugeln von Erbsen- bis Kirschgröße, die das ganze Lumen anfüllten. Der Anblick dieses eigenartigen Gebildes wirkte wie eine Überraschung.

Die Kugeln hatten eine glatte Oberfläche und gelbliche, der Tonerde gleiche Farbe. Die fettige Masse der Kugeln war krümeliger und bröckeliger als die Fettmasse des kleinen Zystenteiles. Die Innenwand des Zystenlumens ist speckig und mit Haaren belegt.

Histologisch besteht die Wand des großen Zystenteiles aus flachem Plattenepithel, das reichlich Hornschuppen abstößt. Im subepithelialen Gewebe sind zahlreiche Gefäße, um die sich kleine Infiltrationsherdchen von vorwiegend polynukleären Zellen befinden. Auch in den Gefäßen vereinzelte Anhäufung von Leukozyten. Die Wand enthält sehr große, gut entwickelte Talgdrüsen, sowie einige Schweißdrüsen, außerdem Haarbälge mit Haarmuskeln. Auch die Wand des kleinen Zystenteiles ist mit Plattenepithel versehen. Sie enthält weniger Talgdrüsen. Um die Gefäße dieser Wand auch vereinzelte entzündliche Infiltrationen mit Leuko- und Lymphozyten. In der Wand des kleinern Zystenteiles fand sich an einer Stelle eine derber, harter Knoten, der mikroskopisch schönes, normales Schilddrüsengewebe darstellte und aus zahlreichen Follikeln mit Kolloidinhalt bestand. Die mikroskopische Untersuchung weiterer Stellen der Zystenwand wurde nicht ausgeführt, um das Präparat der Sammlung zu erhalten. In unserem Falle war es möglich, wie bei Schwalbe, die Untersuchung der beiden Inhalte der bilokulären Zyste nebeneinander zu stellen. Eine konzentrische Schichtung der Kugeln auf dem Durchschnitt ließ sich nicht feststellen. Makroskopisch bestehen sie aus einem tonerdefarbenen bröckeligen Fettgemisch. Die Konsistenz ist weich. Sie sind leicht zerdrückbar. In fast jeder Kugel finden sich ein bis zwei braune Haare, etwa 4—2 cm lang. Der Inhalt des kleineren Teiles ist eine zusammenhängende, weiche, fettige Schmiere von weißer Farbe mit zahlreichen langen Haaren untermischt.

Die mikroskopische Untersuchung ergab bei Zusatz von physiologischer Kochsalzlösung feinkrümelige, gestrichelte, fettartige Massen, die durchsetzt sind von zahlreichen zusammengebackenen Hautschuppen. Die Hautschuppen haben das Aussehen zusammengefalteter Blätter mit umgelegten Rändern.

Bei Polarisation leuchten die krümeligen Massen matt auf, dazwischen fanden sich noch heller leuchtende, kleinere Kristalle. Letztere erscheinen bei Benutzung des Gipsblättchens gelb oder blau.

Beim Zusatz von Neutralrot erweisen sich die Hautschuppen als kernlos. Die fettartigen Massen färben sich rot.

Der mikroskopische Befund des Fettinhaltes des kleineren Zystenteiles zeigt bei schwacher Vergrößerung fast das gleiche Bild von Hautschuppen und Fettmassen, im ganzen sind wohl etwas mehr Hautschuppen vorhanden. Bei starker Vergrößerung sieht man jedoch in den dunklen Fetteilen fast Fettröpfchen neben Fettröpfchen liegen, vom feinsten Stäubchen bis Tröpfchen von Viertelsgröße der Hautschuppen. Bei Polarisation sehen wir nur sehr geringes Aufleuchten und nur ganz vereinzelte helle Kristalle. Mit Neutralrot färbt sich ein Teil der Tropfen deutlich rot. Beim Schmelzen des Fettes der Kugeln entstehen größere Tropfen ohne Doppelbrechung.

Sogleich beim Abkühlen kristallisieren sie wieder aus und zeigen schwache Doppelbrechung. Die Fettsubstanz des kleineren Dermoidteiles schmilzt beim Erhitzen in größeren Tropfen zusammen. Ebenfalls ohne Doppelbrechung. Auch beim Wiedererkalten nehmen die Tropfen im ganzen keine Doppelbrechung an, nur vereinzelt leuchten einige Kristalle mit dunkeln Kreuz auf.

In der morphologischen Zusammensetzung der beiden Fette finden wir also einen Unterschied, in beiden Fettmassen jedoch im Gegensatz zu Schwalbe Zellreste, nämlich die Hautschuppen.

Bei chemischer Untersuchung enthielt die Fettmasse der Kugeln: 6,82 Proz. freie Fettsäure, 5 Proz. Cholestearin, 0,2 Proz. Kalk als Kalziumoxyd. Die Fettmasse des kleineren Dermoidteiles 4,62 Proz. Fettsäure, 8 Proz. Cholestearin, 0,04 Proz. Kalk ebenfalls als Kalziumoxyd. Der Gehalt an Kalk überwiegt demnach in dem Kugelfett um das Fünffache; der Gehalt an Fettsäure ist 30 Proz. höher.

Die Ursache der Kugelbildung ist somit neben der Exsudation und den mechanischen Bedingungen in der chemischen Beschaffenheit des Fettes zu suchen. Uns scheint diese Eigenart in der Zusammensetzung des Fettes wohl die wesentlichste Rolle bei der Kugelbildung zu spielen.

Über ein Osteoidsarkom des Unterkiefers mit ausgedehnter Verkalkung.

Von

Ferdinand Meerbeck.

Bericht über einen Tumor des rechten Unterkiefers, der im Juli 1919 auf der chirurgischen Abteilung des St. Vinzenzhauses, Köln (Chefarzt: Prof. Dr. Dreesmann) operativ entfernt und im pathologisch-anatomischen Institut der Universität Köln untersucht wurde.

Aus der Krankengeschichte ist zunächst folgendes zu entnehmen: 20jähriges, sonst gesundes Mädchen gibt an, vor 4 Jahren (1915) eine Anschwellung des rechten Unterkiefers bemerkt zu haben, die sich allmählich vergrößert habe. 1916 und Anfang 1917 sei sie 3mal dieserhalb operiert worden und im Anschluß an die letzte Operation längere Zeit mit Röntgenstrahlen behandelt worden. In der Folgezeit sei aber die Geschwulst weiter gewachsen. Auf der Höhe der Anschwellung sei in der Haut der Wange ein Geschwür entstanden, das wenig eitrig absondere. Sie könne sehr schlecht kauen; das Schlucken flüssiger und breiiger Speisen sei behindert.

Patientin ist mittelgroß, blaß, mager. Die sichtbaren Schleimhäute sind mäßig durchblutet. Die rechte Wangen- und Unterkiefergegend ist in gut Halbhandtellergröße vorgewölbt, nicht stärker gerötet wie auf der linken Seite. Keine Druckschmerzhaftigkeit der Anschwellung, kein Pergamentknittern. Ungefähr in der Mitte des horizontalen Unterkieferastes auf der Höhe der Vorwölbung ein ca. bohnengroßes Hautgeschwür mit ziemlich glattem, nicht aufgeworfenem Rand von 5 mm Tiefe; der Grund ist eitrig belegt. Beim Sondieren fühlt man rauhen Knochen; ein Fistelgang findet sich nicht. In der Umgebung des Defektes ist die Haut in gut Zweimarkstückgröße mit der Unterlage mäßig verwachsen; sonst ist sie gut verschieblich. Der rechte, horizontale Unterkieferast ist in Kleinapfelgröße fast gleichmäßig verdickt. Es fehlen alle Zähne außer den beiden Schneide- und dem letzten Mahlzahn, der in der Geschwulst steckt und gelockert ist. Die auseinandergedrängten Alveolen der fehlenden Zähne sind meist ausgefüllt; nur eine führt tiefer. Keine Vergrößerung der Lymphknoten am Unterkieferwinkel und am Halse.

Das Röntgenbild zeigt einen Tumor des rechten Unterkiefers mit sehr dichtem Schatten.

Am 7. 7. 19: Atypische Resektion des rechten Unterkiefers von dicht unterhalb des Proc. coronoides bis zur Mittellinie mit partieller Resektion der Wange; provisorische Prothese. Glatter Heilverlauf. 3 Monate nach der Operation: Entfernung der provisorischen Prothese. Schiefe Ebene nach Sauer.

Makroskopisch handelt es sich um einen kleinapfelgroßen, rundlichen Tumor, der den Unterkiefer ziemlich gleichmäßig aufgetrieben hat. In ihm steckt locker der letzte Molarzahn. Das Periost haftet ziemlich fest an, wenn sich auch nirgends ein Hindurchwachsen des Tumors durch dasselbe erkennen läßt. Auf der in gut Halbhandtellergröße mitexstirpierten Haut der Wange sieht man das in der Krankheitsgeschichte erwähnte Geschwür. Zerlegung der Geschwulst durch 2 Sägeschnitte. Dabei zeigt sich das Gewebe so hart, daß es kaum durchgesägt werden konnte. Auf der Sägefläche zeigt die Geschwulst rötlichgraue Farbe und ist größtenteils von der mehr oder minder verdickten Compacta des Unterkiefers umgeben, die an einzelnen Stellen von rötlichgrauen Streifen durchsetzt erscheint. In der oberen Hälfte eine ungefähr wallnußgroße Nekrose mit einer etwa haselnußgroßen Zerfallshöhle mit unregelmäßiger, eitrig belegter Wandung. Direkte Verbindung dieser Höhle mit der oben geschilderten Alveole. Der erste Sägeschnitt hat den Kanal des Nerven getroffen; letzterer ist mit der Geschwulst fest verbacken. Auf der 2. Sägefläche ebenfalls eine haselnußgroße nekrotische Partie mit schmalem, zapfenförmigem Fortsatz, der bis dicht unter das Hautgeschwür reicht. Einige kleine Hämorrhagien in der Umgebung dieses Fortsatzes.

Bei der mikroskopischen Untersuchung findet sich als Grundgewebe Spindelzellengewebe, das nach den zentralen Teilen des Tumors hin mit Zunahme von Zwischensubstanz und Verkalkung immer mehr schwindet. Die Kerne sind wenig zahlreich und von mehr oder minder ausgesprochen spindeliger Form. Keine Riesenzellen. Zwischen diesem Gewebe tritt nun zunächst eine fasrige Zwischensubstanz auf. Die einzelnen Fasern ordnen sich zu Zügen, die sich aneinanderlegen; diese werden breiter und homogener, quellen auf und verwandeln sich schließlich in eine fast strukturlose, hyaline Substanz, die sich mit Eosin und van Gieson stark rot färbt. Im Zentrum und oft auch am Rande dieser hyalinen Züge tritt unregelmäßige Verkalkung ein, zunächst in Form von Spritzern, ähnlich, wie solche beim Ausgleiten einer Feder auf rauhem Papier entstehen. Eine gewisse regelmäßige Anordnung dieser Spritzer in Zügen oder Strudelform ist nicht zu verkennen. Die Verkalkung nimmt sehr rasch zu, so daß man dicht neben diesen feinen Herden schon breite, in verschieden hohem Grade verkalkte Bälkchen oder Flecke sieht. Ähnliches Bild, wie es die Abbildung 161 in Ribberts Geschwulstlehre darstellt. Sehr wechselnde Dicke der einzelnen

Bälkchen, deren Rand unregelmäßig wellig oder zackig begrenzt ist. In ihnen sieht man hie und da noch eine leicht streifige Anordnung; doch besteht keine, wenn auch nur entfernte, Regelmäßigkeit wie beim lamellär gebauten Knochen. Völliges Fehlen typischer Knochenkörperchen oder auch diesen irgendwie ähnlicher Gebilde. Die Verkalkung ist am weitesten vorgeschritten in den zentralen Teilen. Eine Anordnung der Tumorzellen nach Art der Osteoblasten findet sich nicht. Die Vaskularisation des Tumors ist spärlich. Ferner findet sich nicht Knorpel- oder echtem Knorpel ähnliches Gewebe, ebensowenig Elemente myelogenen Ursprungs und Epithelien oder Bildungen, die dentären Ursprungs sein könnten. Nichts spricht dafür, daß es sich um einen entzündlichen Vorgang handeln könnte. Das Wachstum des Tumors ist teils expansiv, teils infiltrierend.

Es ist demnach ein atypisches, zentral entstandenes Osteoidsarkom mit ausgedehnter Verkalkung ohne Knochenbildung. Noch unvollkommenere Differenzierung wie in dem von A. Dietrich beschriebenen Falle, da hier auch solche Zellen fehlen, die eine wenn auch nur geringe Ähnlichkeit mit Knochenkörperchen hätten.

Aus der Chirurgischen Klinik Lindenburg
(Geheimrat Prof. Dr. Tilmann).

Ein operierter Fall eines angeborenen Sakrococcygealtumors.

Von

Joseph Mangold.

Einleitend wird ein Überblick gegeben über den Weg, den die Lehre von den angeborenen Sakraltumoren genommen hat. Besonders wird eingegangen auf die Stellungnahme Askanazys und Borsts in den Verhandlungen der Deutschen Pathologischen Gesellschaft 1907. Verfasser ist nicht der Ansicht, daß schon eine abschließende Stellungnahme möglich ist und glaubt, daß der Weg, den Askanazy u. a. einschlagen, die experimentelle Forschung weiterbringen wird. Daher kann er auch nicht dem Einteilungsprinzip Borsts zustimmen, das die ätiologischen Schwierigkeiten nicht beachtet. Er benutzt die Einteilung Gierkes in histioide Teratome, organoide Teratome, organismoide Teratome.

Seinen Fall rechnet er dabei den organoiden Teratomen zu. Herr Dr. Budde, der die histologische Untersuchung des Falles vornahm, führt zusammenfassend aus: „Dem histologischen Befunde nach handelt es sich sicher um einen vom differenzierten Zentralnervensystem abgesprengten Gewebskeim, der sich geschwulstartig weiter entwickelt hat. Der Befund von mit hohem Zylinderepithelien ausgekleideten Zysten darf nicht dahin gewertet werden, daß es sich hier um Abkömmlinge des Entoderm handelt, denn es ist kontinuierlicher Übergang in Neurogliagewebe ohne irgendwelche Zwischenschaltung von Bindegewebe festzustellen. Auch darf man sich nicht dazu versteigen, in dem Vorhandensein von pigmentierten Zysten eine Augenanlage suchen zu wollen. Es handelt sich hier um eine Fähigkeit der Neuroepithelien, Pigment zu bilden, die auf dem Verharren auf frühester Differenzierungsstufe beruht. Bei genauester Untersuchung ließ sich auch feststellen, daß anscheinend völlig pigmentfreie Stellen feinste Farbstoffkörnchen aufwiesen."

Eingehender wird der klinische Verlauf und die Differentialdiagnose behandelt und auf die Gefahr einer Fehldiagnose hingewiesen, in dem Sinne, daß eine Spina bifida als Sakraltumor behandelt wird. Scharf wird für die Frühoperation eingetreten und die Richtigkeit dieses Standpunkts zahlenmäßig belegt. Im vorliegenden Falle hat der Erfolg — Patient war bei Vornahme der Operation 6 Wochen alt — den Standpunkt gerechtfertigt.

Die Puerperalpsychose.

Von

Paul Brandt.

Der Begriff des Ausdrucks Puerperalpsychose ist bis auf den heutigen Tag nicht scharf begrenzt. In der Literatur sind unter Puerperalpsychosen sowohl solche verstanden, die in Gravidität, Wochenbett und Laktation auftreten, wie auch solche, die nur im Wochenbett in Erscheinung treten. Diese Wirrnis in der Bezeichnung läßt sich leicht beseitigen, indem man den Ausdruck Puerperalpsychose allein für die Wochenbettspsychose beibehält, — während man als Sammelnamen für alle in den drei Generationsphasen auftretenden Geistesstörungen den von verschiedenen Autoren hierfür glücklich gewählten Ausdruck Generationspsychosen einführt.

Was die Art dieser Puerperalpsychosen betrifft, so handelt es sich um Erscheinungen, die in ihrem Verlauf dem Wochenbett nicht allein charakteristisch, also für dieses nicht spezifisch zu nennen sind. Und wenn manche in der Wochenbettpsychose eine besondere Art von Geistesstörung vermuteten und noch vermuten, so hat dies einen Grund darin, daß den Wochenbettpsychosen einige Züge eigentümlich sind, deren Ursache ich auf die sich besonders nach einer Richtung bemerkbar machenden Schädigung der Gravidität und Geburt — und das ist die Erschöpfung — zurückführen möchte.

Die Gravidität stellt an die körperliche Konstitution hohe Ansprüche und führt oft zu starken Erschöpfungen, so daß also ein je nach der Konstitution mehr oder weniger stark geschwächter Körper den Geburtsakt übernimmt.

Der Geburtsakt selbst ist eine außergewöhnliche Arbeitsleistung, die wiederum einen enormen Kräfteaufwand erfordert. Augenfällig tritt dieser Kräfteaufwand bei herzkranken Kreißenden in Erscheinung. Handelt es sich um eine schwere und langdauernde Geburt, handelt es sich um größeren Blutverlust, so kann der Erschöpfungszustand dementsprechend schlimmer sein.

Somit haben wir in der Wöchnerin einen Organismus vor uns, der durch die Schädlichkeiten der Schwangerschaft, durch die enorme Arbeitsleistung der Geburt und durch Blutverlust je nach dem Grade, wie diese einzelnen Erscheinungen allein oder zusammen auftreten, sich in einem mehr oder weniger starken Erschöp-

fungsstadium befindet, der in manchen Fällen zur Entwicklung einer Psychose ausreicht.

Der Ausbruch der Psychose kann erfolgen durch diese erschöpfenden Einflüsse oder durch schädliche Einflüsse des Wochenbetts, an deren erster Stelle die Infektion zu nennen ist.

Der Krankheitsverlauf richtet sich nach der Art der Psychose, sodann nach dem Grade der Erschöpfung und den auslösenden Momenten, wie ferner nach Hebung des allgemeinen Kräftezustandes und der symptomatischen Behandlung.

Die Therapie richtet sich auf die auslösende Schädigung, Hebung resp. Erhaltung der Körperkräfte und Milderung der motorischen Unruhe durch Beruhigungsmittel. Als solches ist Pantopon-Skopolamin zu empfehlen, wobei zu beachten ist, daß die vorgeschriebene Maximaldosis sehr oft nicht innegehalten werden kann. Als Maximaldosis ist in solchen Fällen die kleinste Gabe zu betrachten, die die gewünschte Wirkung, nämlich Ruhe, bringt. Diese Dosis wird meist größer sein als die vorgeschriebene Maximaldosis. In einem selbstbehandelten Falle einer Puerperalpsychose von 5wöchiger Krankheitsdauer mit günstigem Ausgang wurde 8 Tage hintereinander die gewünschte Ruhe durch hohe Gaben von Pantopon-Skopolamin erzielt, wobei an einem Tage die Tagesmenge 0,24 Pantopon und 0,0036 Skopolamin erreichte. Die Dosis der Einzelgaben stieg schon am dritten Tage auf 0,08 Pantopon + 0,0012 Skopolamin.

Die Ernährung ist sorgfältig zu überwachen. Die Kranke muß zum Essen angehalten werden, häufig wird man füttern müssen. Bei jeglicher Nahrungsverweigerung ist Kochsalzinfusion angezeigt oder Ernährung mit Magenschlauch oder Nährklistieren.

Wichtig ist die Frage des Stillens. Von einigen Autoren wird gefordert, die Kinder nicht anzulegen, da das Stillen Kräfte entzöge. Das letztere ist ohne Frage der Fall, jedoch ist zu bedenken, daß das Absetzen des Kindes ebenfalls nachteilige Störungen hervorruft, und zwar für die Mutter wie für das Kind. Es handelt sich darum, was ist das Schlimmere. Ein plötzliches Absetzen ist sicher nicht geraten, wenn die Zustände es nicht unbedingt fordern. Man sollte, wenn man den Kräfteverlust zu stark fürchtet, das Kind langsam entwöhnen, soweit es der psychopathische Zustand zuläßt. Für das Kind ist die Mutterbrust das beste, und man soll sie solange geben, wie man es ohne ernstlichen Schaden für die Mutter verantworten kann.

Die Frage, ob eine Überweisung in eine psychiatrische Anstalt erforderlich ist, muß von Fall zu Fall entschieden werden. Von den reinen Puerperalpsychosen, von denen ich spreche, werden die schweren durch sichtbare exogene Schädigung entstandenen Fälle der psychiatrischen Spezialbehandlung bedürfen, leichtere Fälle und

besonders die, wo exogene Schädigung das Schlimmere ist und die spezialistische Behandlung des Geburtshelfers erforderlich, können im Privathause behandelt werden, wobei aber als erste Forderung die der Dauerpflege zu stellen ist. Die Kranken dürfen nicht eine Minute ohne Bewachung sein.

Von Bedeutung ist schließlich die Erörterung der Frage, wie weit eine derartige reine Puerperalpsychose einen stichhaltigen Grund für Unterbrechung einer späteren Schwangerschaft abgeben kann und darf. Da ist zu sagen, daß ohne weiteres kein Grund zur Unterbrechung einer späteren Schwangerschaft gegeben ist. Es ist nicht einzusehen, warum eine Frau, die eine Psychose auf der Basis der Erschöpfung überstanden hat und sonst gesund war und wieder gesund geworden ist, eine nächste Schwangerschaft und Wochenbett nicht ohne Störung überstehen soll. Treten in einer späteren Schwangerschaft bedrohliche Erscheinungen auf, so ist auf Grund der von Bumm und Krohne ausgegebenen Leitsätze eine Unterbrechung angezeigt. In jedem fraglichen Falle wird längere Beobachtung und Rücksprache mit einem Psychiater angeraten.

Ein Fall von sekundärem Fibroxanthosarkom im rechten Kleinhirnbrückenwinkel.

Von

Joseph Klinkenberg.

Die Tumoren, die doppelbrechende Lipoide als charakteristischen Bestandteil enthalten, spielen unter dem Namen Xanthome eine besondere Rolle in der Literatur. Bei den sogenannten echten Xanthomen finden sich diese doppelbrechenden Lipoide schon in den ersten Entwicklungsstadien und bilden einen integrierenden Bestandteil ihres Gewebes, zudem zeichnen sich die Xanthome durch selbständige Wachstumstendenz aus. Es kommen allerdings auch Ablagerungen doppelbrechender Substanzen in Geschwülsten vor, die als sekundär aufzufassen sind und sich hierdurch von den ersteren scharf unterscheiden.

Die Unterscheidung dieser sekundären Ablagerung gegenüber der primären ist nicht immer leicht durchzuführen. Man könnte von primären und sekundären Xanthomen sprechen.

Ein Fall von letzterer Art kam am Pathologischen Institut der Universität Köln zur Beobachtung. Der klinische Bericht hierzu, den ich Herrn Prof. Dr. Martin vom Evangelischen Krankenhause Köln verdanke, lautet:

Frau W., 60 Jahre alt, klagt über Kopfschmerzen, besonders am Hinterkopf, Schwindel und Torkeln beim Gehen und zunehmende Schwerhörigkeit rechts. Die ärztliche Untersuchung ergab vor 2 Jahren eine Abduzensschwäche rechts und Nystagmus beim Blick nach rechts. Augenhintergrund zeigte keine Veränderungen.

Mit der Zeit haben sich diese Erscheinungen verschlimmert, so daß Hilflosigkeit beim Gehen eintrat.

Bei der Untersuchung sprachen die Allgemeinerscheinungen für einen Tumor cerebri. Die Gleichgewichtsstörungen und die Affektion der Nerven V—VIII lokalisieren ihn in die hintere rechte Schädelgrube. Es handelt sich demnach um einen Kleinhirnbrückenwinkeltumor.

28. X. Operation erster Teil; Aufklappen des Schädels. Darauf Temperatursteigerung, Benommenheit und Tod nach 5 Tagen.

Bei der Schädelsektion fand sich folgendes: An der rechten Seite des Hinterhauptes eine lappenförmige Hautwunde, unter der eine etwa rechteckige Trepanationswunde liegt. Das Schädeldach

ist ziemlich dünn, die Dura mater stark gespannt, in der Gegend des rechten Hinterhauptes mit geronnenem Blute bedeckt. Die Hirnwindungen scheinen etwas abgeplattet. An der Konvexität des Gehirns nichts Besonderes. Beim Versuch, das Gehirn aus der Hirnbasis auszulösen, sieht man neben der Brücke nach dem Porus acusticus hinziehend, einen etwa welschnußgroßen, rundlichen Tumor. Da er etwa zapfenförmig in den Porus acusticus hineinragt, wird das Gehirn im Zusammenhang mit dem Felsenbein herausgenommen. Es zeigt sich jetzt, daß zwischen Schläfenlappen und Kleinhirnbrückenwinkel eine ziemlich feste, von der Umgebung sehr leicht abzulösende Geschwulst liegt, die von weicher Hirnhaut überzogen ist. Der Tumor verdrängt die Brücke nach links. Der Nervus acusticus ist als platter Strang, der sich über dem Tumor hinzieht, deutlich zu erkennen. Man hat den Eindruck, als ob einzelne Nervenfasern in den Tumor eindringen. Der Nervus oculomotorius ebenso wie der trigeminus sind durch den Tumor leicht zusammengedrückt und aus ihrer Lage gebracht. Die einzelnen Nerven scheinen etwas flacher zu sein als gewöhnlich.

Auf einem Durchschnitt erscheint der Tumor von einer buttergelben Farbe. An einzelnen Stellen zeigt er streifige Struktur. An anderen Stellen ist die Schnittfläche ganz gleichmäßig dunkelgelb. In den seitlichen Teil der Geschwulst findet sich eine Reihe ziemlich weiter Blutgefäße.

Durch Verschiebung der Brücke von seiten des Tumors ist Kompression des Aquädukt eingetreten. Der 3. Ventrikel und der linke Seitenventrikel, aber auch der rechte — wenn auch in geringer Ausdehnung — sind stark erweitert und enthalten vermehrte klare Flüssigkeit. Dabei ist ihre Auskleidung ganz zart und glatt. Es finden sich keine eitrigen oder fibrinösen Auflagerungen. Der Plexus chorioideus, der mit einigen kleineren und größeren hanfkorngroßen Zystchen durchsetzt ist, die mit wasserklarer Flüssigkeit gefüllt sind, zeigt frischrotes Aussehen und reichliche Füllung der Gefäße. Soweit der Obduktionsbericht.

Der mikroskopische Bau der Geschwulst zeigt folgendes Bild: Schnitte, die mittels des Gefrierverfahrens nach vorheriger Formolhärtung und Scharlachrot-Haematoxylinfärbung hergestellt sind, zeigen bündelartige Züge von spindeligen Zellen mit erkennbarer fibrillärer Substanz. Diese Bündel verlaufen oft wirbelartig und lockern sich dann auf, indem sie größere Zellen zwischen sich nehmen, die mit reichlichem Fett erfüllt sind. In der Mitte der Wirbel stehen die mit Fett erfüllten Zellen in dichten Haufen, so daß sie bei Scharlachrotfärbung schon durch ihre leuchtende Farbe auffallen. Auch in den straffen bündelförmigen Zügen sind fetthaltige Zellen mehr oder weniger reichlich eingeschaltet. Sie entsprechen zum Teil den spindeligen Zellen, welche die Hauptmasse darstellen, zum Teil —

und zwar besonders in den dichteren Haufen — großen polygonalen oder ganz unregelmäßig gestalteten Zellen, die einen kleinen, dichten, dunkelgefärbten Kern inmitten des fetterfüllten Plasmas zeigen. Das Fett erscheint in mit Formalin erhärteten Schnitten nicht tropfig, sondern grobkörnig, manchmal fast kristallinisch. Im polarisierten Licht leuchten alle diese fettartigen Massen hell auf. In den durch Alkohol gegangenen Präparaten sieht man an Stelle der polygonalen Zellen solche von webiger Struktur mit kleinen Kernen, aus denen die Fettsubstanz ausgelaugt ist. In einzelnen Zellzügen findet sich, den fetthaltigen Zellen entsprechend, blaß gelbbräunliches Pigment. Es ist zu spärlich, um daran Reaktionen nachprüfen zu können. Jedenfalls macht es nicht den Eindruck von Blutpigment.

Nach Giesonscher Färbung findet sich rote fibrilläre Substanz um die Gefäßzüge. In den parallelen Zellzügen sehen wir zarte Fibrillen, die sich in die fetthaltigen Nester frei auffasern.

Nach diesen Feststellungen handelt es sich um eine Neubildung, die durch ihr expansives Wachstum das sie umgebende Gewebe, besonders die in ihrer Nachbarschaft liegenden Hirnnerven, geschädigt hat. Diese Geschwulst wäre ohne Berücksichtigung des Fettes zu den Fibrosarkomen zu zählen. Ihrer Lage zum Nervus acusticus nach gehört sie zu den Neurofibrosarkomen oder Akustikusneuromen, den typischen Kleinhirnbrückenwinkeltumoren. Es bleibt die Frage zu entscheiden, ob sie zu einer ganz besonderen Form von Tumoren gehört, oder ob sie sich nur durch gewisse Eigenschaften von den sonst in dieser Gegend vorkommenden Tumoren unterscheidet. Wir müssen uns auf den Standpunkt stellen, daß im großen und ganzen kein scharfer Unterschied gegen sonstige Akustikustumoren besteht mit Ausnahme des Fettgehaltes. Hier handelt es sich um eine Eigenschaft, die noch hinzugekommen ist im Sinne eines geänderten Stoffwechsels der Gewebszellen. Also haben wir es nicht mit einem primären, sondern einem sekundären Fibroxanthosarkom zu tun.

Aus dem Pathologischen Institut der Universität Köln
(Direktor Prof. Dr. Dietrich).

Ein eigenartiges altes Ruptur-Aneurysma des Herzens.

Von

Karl Dewald.

Als Gegensatz zu dem gewöhnlichen Bilde des Dehnungsaneurysmas soll hier ein eigenartiger Fall von Sackbildung am linken Herzen beschrieben werden, den wir als Rupturaneurysma ansehen müssen; auch er ist auf dem Boden eines Gefäßverschlusses durch Arteriosklerose und Thrombose, aber in andersartiger Weise, entstanden.

Eine 56jährige Frau litt an Mitralinsuffizienz- und -stenose. Sie starb 9 Tage nach der Einlieferung unter den Erscheinungen der Herzschwäche, nachdem in den letzten Tagen eine stärkere Atemnot und Kreislaufinsuffizienz eingetreten war.

Die am folgenden Tage durch Herrn Prof. Dietrich ausgeführte Obduktion ergab als wesentlichen Befund: Koronarsklerose, Perforationsaneurysma des linken Ventrikels, schwielige Perikarditis mit alten Blutungen. Multiple alte und frische Lungeninfarkte. Stauungsmilz. Infarktschrumpfnieren. Erweichungsherd im linken Okzipitallappen.

Bei der Eröffnung der Brusthöhle nimmt der Herzbeutel den ganzen vorderen Brustraum ein, seine Breite beträgt 20 cm, Höhe vom Ansatz der Pulmonalis 16 cm, Längsdurchmesser 21 cm. Die Herzblätter sind innig miteinander allseitig verwachsen. Über dem rechten Ventrikel bilden sie zusammen eine dicke Schwarte, die von reichlicher Flüssigkeit durchtränkt ist und 3—$3^1/_2$ cm erreicht. In ihr eingelagert sind zahlreiche Hohlräume von verschiedener Größe, die von bräunlichen Massen eingenommen sind und zum Teil von dichten, unscharf abgegrenzten Schwielen umhüllt werden.

An der linken Kante wölbt sich dann der Herzbeutel ausgesprochen kugelig vor. Beim Einschneiden kommt man hier in eine faustgroße Höhle, umhüllt von schwieligem, perikardialem Gewebe. Diese Höhle kommuniziert mit dem linken Ventrikel durch eine ovale 4×3 cm große Öffnung. Die äußere Wand wird vom parietalen Blatt und organisiertem Gewebe gebildet. Die Höhle enthält flüssiges Blut, frische Kruor- und Speckhautgerinnsel, ihre Innenfläche ist mit geriffelten, fibrinösen Massen von teilweise bräunlicher Farbe bedeckt, in der unteren Hälfte der Höhle jedoch rein

schwielig und glatt. Die Öffnung zu dem Hohlraum ist von einem schwieligen Wulst umgeben. Am Rande dieser Öffnung setzt sich gerade der hintere Papillarmuskel an und sie reicht bis nahezu an den vorderen Papillarmuskel und nach oben fast zum Ansatz des wandständigen Segels der Mitralis. Die Mitralis selbst ist dünn und zart, ebenso ihre Sehnenfäden.

Im ganzen besteht eine mäßige Erweiterung des rechten Ventrikels. Im übrigen weist das Herz keine pathologischen Veränderungen auf.

Die mikroskopische Untersuchung von den verschiedensten Stellen des Herzens ergab nichts Krankhaftes. Genauer wurde der hintere Ast der linken Kranzarterie untersucht. Das Gefäß zeigt atherosklerotische Veränderungen. Die Lichtung des Lumens ist zum größten Teil mit lockerem Gewebe ausgefüllt. Auf einer anderen Stelle desselben Gefäßes ist die ganze Lichtung von Gewebe ausgefüllt.

Wir haben es also hier mit einem vollständigen Verschluß der Arterie zu tun. Dieser Vorgang ist an und für sich nichts Ungewöhnliches, die Eigentümlichkeit des Falles besteht darin, daß es offenbar zu einer Ruptur nach Muskelnekrose, aber nicht zu einer schweren Blutung kam, die zu sofortigem Tode führte. Es bildete sich hier ein mit dem Herzen dauernd in Verbindung stehender Sack. Dieser eigenartige Verlauf beruht auf ausgedehnten Synechien und teilweiser Obliteration des Herzbeutels, also Veränderungen, die wir als chronische Perikarditis bezeichnen können.

Die Entstehung läßt sich so vorstellen, daß sich beim Durchbruch der Wand bereits abdeckende Verwachsungen gebildet haben, die einen größeren Blutaustritt nicht zuließen. Es fanden schubweise erst kleinere Blutungen statt, die abgekapselt und zum Teil organisiert wurden, und zum Teil als geschlossene Höhlen stehen blieben. Der dem Loch benachbarte Teil des Herzbeutels bildete sich vor allem unter dem ständigen Nachschub von Blut zu dem großen Sack aus, dessen Rand sich allmählich schwielig umwandelte. Die chronische Perikarditis ist also eine Folge der auf vaskulärem Ursprung beruhenden Myomalacie.

Aus der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten
(Professor Dr. Zinsser).

Über einen Fall von Atrophia cutis maculosa luetica.

Von

Engelbert Faßbinder aus Köln.

Die Fachliteratur zeigt eine überaus große Anzahl von Beschreibungen der Atrophia maculosa cutis. Die Ansichten über die Ätiologie dieser Erkrankung gehen noch recht weit auseinander. Es ist nun die Frage aufgeworfen worden, ob das typische klinische und histologische Krankheitsbild (fleckförmige Hautatrophie mit gefältelter Oberfläche, Fehlen der elastischen Fasern) genügt, um die Atrophia mac. cutis zu kennzeichnen, oder ob auch andere, mit kleinzelliger Infiltration einhergehende Krankheitsprozesse, insbesondere die Lues, nach Schwund der Infiltrate zu dieser Form führen können.

Hierzu glaube auch ich nachfolgend einen Beitrag geben zu können.

Bei einem 39jährigen unverheirateten Patienten, der im Sommer 1913 eine Lues akquirierte, erfolgte eine 6wöchige Behandlung in der Bonner Hautklinik, nach deren Ablauf Patient als geheilt entlassen wurde. Im Sommer 1917 bemerkte er einen auf den ganzen Körper verteilten kleinfleckigen Ausschlag, der ihm keinerlei Beschwerden verursachte, und der nach seiner Ansicht noch heute unverändert fortbesteht. Im März 1919 bemerkte er dann an beiden Unterarmen einen neuen, grobfleckigen Ausschlag, den er für Flechten hielt. Er kommt deswegen im Juli 1919 zu uns zur Behandlung.

Befund: Wir haben einen großen, kräftigen Mann vor uns. Lymphdrüsen sind gering verhärtet, mäßig geschwollen und indolent. Die übrigen inneren Organe sind ohne Besonderheiten. Das Exanthem hat das Gesicht auf der Stirn und seinen Seitenteilen, ebenso den ganzen Hals, besonders an den seitlichen Partien hinter den Ohren, den ganzen Rumpf, den Rücken stärker als Brust und Bauch, die beiden Oberarme stärker als die Vorderarme, etwas weniger die Gesäßgegend und noch weniger Ober- und Unterschenkel befallen. Die Flecke sind punktförmig bis linsengroß, von brauner Farbe, und sehen ähnlich wie Epheliden aus. Die Oberfläche der Flecken ist sichtlich atrophiert, ganz fein gefältelt; infolge der bestehenden Atrophie hängt die Haut im Bereiche der größeren Flecke etwas herab wie bei einer beginnenden Cutis pendula. Mit der geknöpften Sonde kann man an der Stelle der Flecken einen

BOSTON MEDICAL
SEP 5 - 1921
LIBRARY

kleinen Defekt in der Konsistenz der Haut palpieren. Es entsteht dabei an Stelle des Tumors eine Einsenkung.

An einzelnen Stellen findet man stecknadelgroße, braun pigmentierte Gebilde, die lediglich Vorstadien der atrophischen Flecken zu sein scheinen. Sie fühlen sich etwas derber wie die vorhin beschriebenen Flecke an. Sie sind von der gleichen Färbung, aber auch bereits mit einer leichten atrophischen Fältelung versehen. Es handelt sich also an diesen Stellen im ganzen um eine fleckförmige, intensive Pigmentierung und Atrophie der Haut, bei der drei Stadien zu unterscheiden sind: erstens der scharf abgegrenzte atrophische Fleck (I), zweitens das beginnende Säckchen (II) und drittens das schlaff herabhängende Säckchen (III).

Außer diesem geschilderten Exanthem besteht an beiden Vorderarmen im unteren Drittel ein ganz charakteristisches, tertiäres, papulöses, in Bogenform weiterschreitendes Syphilid.

Histologischer Befund:

Es handelt sich bei den drei Präparaten im ganzen um einen chronischen Entzündungsprozeß, der sich im Korium abspielt. Der Prozeß äußert sich in einer kleinzelligen, perivaskulär beginnenden Infiltration und einer serösen Durchtränkung des Bindegewebes innerhalb dieser Partie. Die zellige Infiltration ist bei I am stärksten ausgeprägt, bei II schwächer, um bei III innerhalb des entzündeten Bezirkes gänzlich zu schwinden. Die Folgen dieses Entzündungsprozesses sind die allmähliche Auflockerung und der Schwund der Bindegewebsfasern, ferner die gänzliche Zerstörung der elastischen Fasern. Dieser Prozeß beginnt bei I und äußert sich bei II und endlich III am stärksten. Zu erwähnen wären dann noch die teilweise stark pigmentierte Basalzellenschicht, die als Folge des Ödems stark verstrichenen Rete-Zapfen und die im Bereiche des Fleckes bzw. Säckchens leicht verdickte Epidermis.

Wir haben es also hier mit einem Fall von echten atrophischen Makeln zu tun, bei dem die Frage, ob wir es auch tatsächlich mit einer Folgeerscheinung der Lues zu tun haben, bejaht werden muß.

Aus der Chirurgischen Klinik Lindenburg
(Geheimrat Prof. Dr. Tilmann).

Zur Frage der Gangrän nach Embolie.

Von

Josef Schönen aus Köln.

In das Gebiet der Gangrän auf dem Boden von Gefäßveränderungen gehört die embolische Gangrän. Sie findet sich nicht sehr häufig. In der Züricher Klinik fand man unter 52 Fällen von Gangrän nur 3 durch Embolie entstanden. Bei der Embolie ist dem Herzbefunde größere Bedeutung beizumessen.

Die Emboli werden durch den Blutstrom fortgeschwemmt und haften in der Blutbahn je nach Größe des Embolus und der Weite der Gefäße. Bilden sich bei einem Verschluß keine Kollateralen, so kommt es leicht zum Brande. Er tritt meist einseitig auf, doppelseitig bei Verschluß an der Teilungsstelle der Arteria abdominalis. Prädilektionsstellen für einen Verschluß in den unteren Gebieten sind die Durchtrittsstellen der Gefäße unter dem Poupartschen Bande, die Teilungsstellen der Arteria abdominalis und Iliaca communis und die Abgangsstelle der Profunda femoris. Die Fremdkörper können von außen ins Blut gelangen, meist stammen sie aus dem Blutsystem selbst, von ulzerösen Prozessen der Herzklappen, dem Endokard, von Thromben, die sich auf dem Boden einer Endokarditis gebildet, weiter können atheromatöse Prozesse ihren Inhalt in die Blutbahn entleeren.

Folgen der Embolie sind Anämie des peripheren Gebietes, mangelhafte Ernährung, Zugrundegehen des Gewebes. Die Gefahr wird gesteigert durch eine sekundäre Thrombose.

Zwischen Sitz des Embolus und der Ausbildung der Gangrän sind bestimmte Beziehungen. Ist der Verschluß in der Arteria femoralis bis zur Profunda femoris, so reicht die Gangrän bis zum oberen Drittel des Unterschenkels. Bei Verschluß der Arteria poplitea beschränkt sie sich auf den Fuß. Ist die Iliaca communis verlegt, so kann sie bis zum Knie oder bis zur Mitte des Oberschenkels reichen.

Die Hauptsymptome sind Insuffizienz des Herzens, plötzlicher Beginn der Schmerzen, die Unmöglichkeit das Glied zu gebrauchen; das Glied fühlt sich kalt an, der Puls ist peripher nicht zu fühlen, später zeigt sich oft eine Verfärbung des Gliedes.

Ist schon Gangrän nach Embolie nicht sehr häufig, so sind sicher die Fälle, wo sich die Gangrän nach Embolie auf symmetrische Glieder, z. B. beide Unterschenkel erstreckt, nicht allzu reichlich.

In der Literatur beschreiben Bonnet, Pearson und Littlewood, Matanowitsch, Manz und Mühsam je einen Fall von Gangrän nach Embolie der beiden Unterschenkel bzw. der beiden Füße.

Es sei mir gestattet über einen Fall von Gangrän der beiden Beine nach Embolie zu berichten, der an der Chirurgischen Universitätsklinik behandelt wurde.

Frau W. W., geb. am 3. 8. 1861, am 20. 4. 1919 in die Klinik aufgenommen, war in der Jugend gesund. Mit 30—32 Jahren Gelenkrheumatismus. Seit 15 Jahren Kurzatmigkeit, Herzklopfen, Herzattacken. Am 10. 4. 1919 an Grippe erkrankt. Beim Versuch aufzustehen, brach Patientin zusammen, seitdem Schmerzen im linken Bein.

20. 4. 1919. Mittelgroße Frau, reichliches Fettpolster, Gesicht blaurot, zyanotisch, Atmung angestrengt, asthmatisch. Über den Lungen intensiv sonorer Schall, scharfes Bläschenatmen, mittel- und feinblasiges Rasseln, oft schaumig-rubiginöses Sputum. Infolge der Bronchialgeräusche ist am Herzen nichts feststellbar. Dämpfung zwischen Herz und Jugulum. Puls klein, r. Radialis nicht fühlbar. Im Urin etwas Eiweiß, linkes Bein spontan und auf Druck schmerzhaft, Haut zeigt an der Innenseite des Oberschenkels dunkelrote Flecken, diffuse fleckige Zeichnung des Unterschenkels und Fußes. Fuß kalt bis Mitte des Oberschenkels, Herabsetzung der Sensibilität, Gefühl von Pelzigsein. Am linken Bein Puls nicht fühlbar. Therapie: Aderlaß 250 ccm, Digipurat. Kampfer, Koffein, Luminal.

22. 4. 1919. Erscheinungen von Lungenödem zurückgegangen, feuchtes Rasseln geringer, am Herzen systolisches Blasen am besten über Aorta zu hören. Linkes Bein fleckiger, kälter, schmerzhafter. Infusum digitalis.

26. 4. 1919. Lungenbefund gebessert. R. Radialispuls kleiner, irregularis. Wassermann negativ. Linkes Bein kalt bis zur Höhe des Knies. Mittlere und obere Drittel des Oberschenkels normale Wärmeverhältnisse. Unterschenkel blaß, weiß, landkartenartige Verfärbung, die im unteren Drittel in schwarz übergeht. Jede Bewegung schmerzhaft, spontan unerträgliche Schmerzen. Amputation in Lumbalanästhesie in der Höhe des Knies (Dr. Bungart). Wundfläche blutet nicht, Muskulatur reagiert nicht mit Kontraktionen, Femoralis verstopft. Darauf Amputation in der Mitte des Oberschenkels. Arterie blutet nicht, Muskulatur reagiert. Tamponade, Situationsnaht.

30. 4. 1919. Starke Sekretion. An der Innenseite schreitet die Gangrän fort. Keine Beschwerden. Jeden 2. Tag Verbandwechsel.

11. 5. 1919. Handflächengroßer Hautlappen stößt sich an der Innenfläche ab. Gangrän der Weichteile der Wundfläche. An der Außenseite in der Höhe des linken Trochantor major embolische Herde. Auch hier in Handtellergröße blaurot verfärbt und kalt, in der Umgebung entzündliche Reizerscheinungen.

19. 5. 1919. Seit 2 Tagen Ziehen und Reißen im rechten Bein bis zur Unerträglichkeit. Ausbildung desselben Zustandes wie am linken Bein bis Handbreit oberhalb des Knies.

20. 5. 1919. Amputation an der Grenze des oberen und mittleren Drittels des Oberschenkels. (Geheimrat Prof. Dr. Tilmann). Keine Blutung. Patientin erholt sich wenig.

3. 6. 1919. Lungenödem, Dekompensation des Herzens. Exitus letalis.

Sektionsprotokoll (Pathologisches Institut): Ränder der Amputationswunden klaffen. Am linken Beine Weichteile schwarz verfärbt. Herz deutlich größer als die Faust. Zweizipfelklappe wulstartig verdickt mit warzenförmigen Auflagerungen. Sehnenfäden der Mitralis verdickt. Im linken Herzohr fingerförmiger Thrombus mit zackigem, zerrissenem Ende. Im rechten Ventrikel walnußgroßer Thrombus mit zentraler Erweichung. Aortenklappen zeigen Kalkeinlagerungen. In der Aorta fleckförmige Verdickungen. An den Nieren mehrere hellgelbliche Vorwölbungen, die sich auf der Schnittfläche als keilförmgie Bezirke fortsetzen. Ein fingerförmiger Embolus an der Teilungsstelle der Aorta abdominalis, ein 2. in der linken Arteria hypogastrica, ein 3. in der linken Femoralis unterhalb des ligamentum inguinale. Der Embolus ist scharf abgerissen, anschließend finden sich thrombotische Massen. Ein weiterer Thrombus in der rechten Femoralis, auch hier thrombotische Massen bis zum Stumpfende.

Der pathologische Befund erwies als Grund der Embolie Teile des Thrombus des Herzens. Am linken Herzohr und rechten Ventrikel hat sich während der Grippe je ein Thrombus gebildet, die den Blutkreislauf behinderten und erschwerten. Bei dem Versuche aufzustehen, brach die Kranke zusammen; durch die vermehrte Arbeitsleistung wurden Thrombusstücke abgelöst und ins Gefäßsystem geschleudert. Ein Thrombusstück saß an der Gabelung der Arteria abdominalis, ein zweites in der linken Femoralis mit gezacktem Ende, das zu dem Thrombus des linken Herzohres paßte. Zuerst trat die Gangrän einseitig auf, verursacht durch Verschluß der linken Femoralis, der linken Hypogastrica. Später trat Gangrän der rechten Seite hinzu durch Embolie der rechten Femoralis et hypogastrica und der Arteria abdominalis. Die sekundäre Thrombose vollendete den Gefäßverschluß.

Bei der konservativen Behandlung bildete sich keine Demarkation aus. Wegen des schweren Zustandes schritt man am 26. 4. 1919

zur Amputation in Lokalanästhesie. Eine Narkose ertrug das Herz nicht mehr. Über die Amputation als Therapie bei Gangrän sind alle Autoren einig, über den Ort und den Zeitpunkt des Eingriffs sind die Meinungen geteilt. Heidenhain will immer im Oberschenkel amputieren, Moschcowitz den Versuch mit Blutleere vorausschicken. Ein Schematisieren aber ist unmöglich, nach Ansicht und Erfahrung des Chirurgen muß man individualisieren.

Aus der Klinik für Ohren-, Hals- und Nasenkrankheiten
(Prof. Dr. Preysing).

Über lebende Fremdkörper im Ohr.

Von

Joseph Mauß aus Bergheim.

Lebende Fremdkörper im Gehörorgan haben nicht nur eine bescheidene, meist an Kuriosität grenzende Bedeutung, sondern verdienen von den Otologen und noch mehr von den praktischen Ärzten eine nicht geringe Beachtung. Der Begriff „lebende Fremdkörper" soll nur die im gewöhnlichen Sprachgebrauch makroskopisch sichtbaren Tiere zusammenfassen. Die Literatur berichtet über die verschiedenartigsten Tiere, die spontan oder zufällig ins Ohr geraten sind, wie Flöhe, Wanzen, Mistkäfer, Schaben, Milben, Zecken, Bienen, Spinnen, weiter der berühmte, seinen Namen aber mit Unrecht führende Ohrwurm, Spulwürmer, Fliegen und ihre Maden. Nach kurzen statistischen Angaben und anatomischen Vorbemerkungen ordnete ich den Stoff zu meinem Thema unter die klinischen Gesichtspunkte der Symptome, der Diagnose, der Prognose, der Therapie und Prophylaxe. Ungeheuer wechselvoll und von den verschiedensten Umständen abhängig schilderte ich die subjektiven wie objektiven Symptome, wie sie sich zwischen leichtesten, kaum empfundenen Wahrnehmungen bis zu den schwersten nervösen Reizerscheinungen bewegen können, wie sie einmal ohne jede Entzündung oder nur mit durch den Reiz verursachter vermehrter Zerumenabsonderung einhergehen, andererseits aber zu den allerschwersten Komplikationen führen können.

Die übelsten und häßlichsten Gäste des Gehörorgans sind die Insekten- und Fliegenlarven. Ich betrachte sie unter den beiden Gesichtspunkten ihres Vorkommens in eiterndem und nicht eiterndem Ohr. Ihr Vorkommen in nicht eiterndem Ohr mußte ich als direktes Kuriosum bezeichnen, und ich stimme darin mit den meisten Autoren überein, während es in eiterndem Ohr gar nicht so selten ist. Denn der übelriechende Eiter bietet einmal ein Lockmittel für die Fliegen, ihn als Brutstätte zu benutzen, andererseits ist er der günstigste Nährboden für die junge Madenbrut. Ich konnte aber auch einige Fälle aus der Literatur anführen, bei denen die Eierablage in einem vorher gesunden Ohr stattgefunden haben soll, andere Fälle sind zweifelhaft, ob ein eiterndes Ohr oder ein zufälliges anderes Lockmittel die Fliege veranlaßte, ihre Eier im Ge-

hörgang abzulegen. Diese ganze Frage bedarf noch einer sicheren experimentell erhärteten Aufklärung, und ich bezeichnete es wohl als des Interesses wert, alle Fälle von Madenvorkommnis im Ohr nach diesem Gesichtspunkte zu untersuchen. —

Anschließend wird ein Fall von offenbar primärer Eierablage in nicht eiterndem Ohr durch ein Insekt geschildert, der in der Ohrenklinik (Prof. Dr. Preysing) zur Beobachtung kam.

Ein Handwerker, auf Wanderschaft befindlich, erscheint in der Poliklinik mit einer erysipelartigen Entzündung der rechten Ohrmuschel und ihrer Umgebung. Er gibt an, daß das Ohr nie krank gewesen sei bis vor 3 Tagen, als er in der Nacht im Walde geschlafen habe. Da sei er plötzlich durch einen heftigen Stich, als ob ein Insekt ihn ins Ohr gestochen habe, erwacht; seitdem habe unter massigen, mehr und mehr zunehmenden Schmerzen das rechte Ohr angefangen, sich zu entzünden und Flüssigkeit abzusondern. Außer der angegebenen entzündlichen Rötung der rechten Ohrmuschel sieht man den ganzen Eingang zum Gehörgang verlegt durch ein scheinbar einheitliches, wie kleine Bienenwaben zusammenliegendes, gelbweißes Etwas, das lebhaft, ebenfalls scheinbar einheitlich, ein- und auswogt, wie mit dem Pulsschlag sich bewegt. Um das Gebilde herum sickert aus dem Gehörgang bernsteingelbe Flüssigkeit. Beim genaueren Zusehen läßt sich feststellen, daß der scheinbar einheitliche vor- und zurückwogende Körper die eng zusammengepreßten Hinterleiber von lebenden Insektenlarven sein muß. Nach einer alten Vorschrift wird versucht, durch Aufträufeln von Öl dem lebenden Gebilde die Luftzufuhr abzuschließen und zum Loslösen von der Unterlage es zu bewegen. Auch nach längerer Anwendung dieses Mittels und längerem Zuwarten haften die Tiere noch vollständig fest, erst nach Anwendung von Alkohol und Formalinlösung lassen die Tiere sich einzeln mit der Pinzette aus dem Gehörgang herausnehmen. Es sind im ganzen 45 Insektenlarven von der Größe und dem Aussehen echter Fliegenlarven. Sie reichen bis zur Trommelfellgegend in die Tiefe. Nach ihrer Entfernung zeigt sich der Gehörgang entzündlich und leicht geschwollen. Es läßt sich aber nirgends in seinem Verlauf eine offenkundige Verletzung, Wunde oder Ulcus feststellen. Ebenso fehlt bis zum Trommelfell hin jedes Sekret stinkender Natur, was ebenfalls auf eine schon vorher bestandene chronische Otitis hingewiesen hätte. Nur Reste der erwähnten klaren, bernsteingelben Flüssigkeit sind vorhanden. Das Trommelfell ist auch im selben Maße wie Ohrmuschel und Gehörgang gerötet und infiltriert. Eine sichere Perforation ist nicht festzustellen, auf keinen Fall ist ein offenkundiger grober Defekt, der auf eine chronische Otitis hinwiese, vorhanden. — In den nächsten Tagen nimmt unter Schmerzen die Schwellung von Ohrmuschel und Gehörgang mit Absonderung der beschriebenen

Flüssigkeit zu. Das Sekret wird in diesen Tagen ganz deutlich auch von der äußeren Haut, wie bei einem nässenden Ekzem, geliefert. — Am vierten Tage sind diese Symptome zurückgegangen, und es entwickelt sich in typischem Verlauf nun eine leichte akute Otitis media: Das Sekret wird eitrig, kommt jetzt aus der Tiefe aus einer kleinen Perforation hinten oben. Nach 8 Tagen läßt die Eiterung nach und es tritt eine vollständige Restitutio ad integrum ein.

Man kann sich bei dem ganzen Verlauf des Eindrucks nicht verwehren, als sei das Leiden durch einen Insektenstich mit gleichzeitiger Eierablage hervorgerufen worden. Ausgeschlossen ist natürlich nicht, daß der Stich und die Schmerzen in der angegebenen Nacht die beginnende Otitis media mit Durchbruch und seröser Absonderung dargestellt hat, und daß die Ablage der Insekteneier erst in dem frischen Sekret stattgefunden hat.

Aus der Chirurgischen Klinik Lindenburg
(Geheimrat Prof. Dr. Tilmann).

Pleuraempyeme als Komplikation der Grippepandemie 1918/19.

Von

Franz Klein.

Während der Grippepandemie 1918/19, die in drei großen Schüben im Juni und Herbst des Jahres 1918 und im Frühjahr 1919 auftrat, wurden in der Kölner chirurgischen Universitätsklinik 48 Fälle von Pleuraempyemen als Komplikationen der Grippe behandelt.

Bakteriologisch wurden in den meisten Fällen festgestellt: Staphylokokken, Streptokokken und Pneumokokken; 2 mal Diplostreptokokken, 1 mal Mikrococcus tetragrenus, 1 mal ein gramnegatives Stäbchen, wahrscheinlich Bacterium coli commune, 1 mal grampositive Diplokokken, von denen die ausgelegten Kulturen steril blieben, und 2 mal Fäulnisbakterien. Der eigentliche Pfeiffersche Influenzabazillus wurde nur einmal mit Sicherheit nachgewiesen, in einem anderen Falle ein influenzaähnliches Stäbchen.

Unter den Erkrankten befanden sich 15 Männer, 23 Frauen und 10 Kinder, wovon 6 männlichen, 4 weiblichen Geschlechts waren.

Dem Alter nach kamen das zweite und dritte Dezenium als hauptbeteiligt in Betracht.

Von den Patienten waren 8 Personen in kaufmännischen Betrieben, 15 in industriellen Werken und 15 im Haushalt beschäftigt. Die übrigen Erkrankungen betrafen Kinder, von denen 7 schulpflichtig waren.

Die linke Brustseite war in 31 Fällen, die rechte in 16 Fällen erkrankt. Einmal handelte es sich um ein Empyema duplex.

In 44 Fällen war die Empyemerkrankung eine akute, bei 4 Patienten war es zur Ausbildung eines chronischen Empyems gekommen.

Was die primären Erkrankungsformen der Lunge anbetrifft, die das Empyem hervorriefen, so handelte es sich in den meisten Fällen um meistens von bronchopneumonischen, seltener von kruppösen Herden fortgeleitete Eiterungen, die im Verlauf von Grippe entstanden waren. Fast überall trat das Empyem während oder kurz nach der Pneumonie auf; nur dreimal lag eine längere Zeit des Wohlbefindens zwischen der Pneumonie und der Entstehung des Empyems. Das Auftreten von sogenannten Frühempyemen auf der

Höhe der Pneumonie, die in kurzer Zeit den ganzen Pleuraraum ausfüllten und fast regelmäßig trotz sofortiger Rippenresektion tödlich verliefen, wurde an hiesiger Klinik nicht beobachtet.

Die Diagnose ergab sich aus dem perkutorischen und auskultatorischen Befund. Außer diesem traten bei der Erkrankung in den Vordergrund der auffallend elende Allgemeinzustand sonst kräftiger Individuen sowie die starke Zyanose, die nicht allein auf einer einfachen Zirkulationsstörung, sondern weit mehr auf einer Lähmung der Vasokonstriktoren durch das Influenzavirus beruhte. Fast regelmäßig bestand starke Dyspnoe mit Nasenflügelatmen und angestrengter Tätigkeit der Atemhilfsmuskulatur. Die erkrankte Brustseite zeigte ein Verstreichen der Interkostalräume und schleppte bei der Atmung mehr oder weniger nach.

Als sicherstes diagnostisches Hilfsmittel erwies sich die Probepunktion, die in 37 Fällen weiß-gelbes, manchmal lehmfarbig aussehendes, dünnflüssiges Exsudat, 9mal dickrahmigen, fibrinreichen Eiter und 2mal fötide Flüssigkeit ergab.

Viermal wurde zur Sicherung der Diagnose, vor allem um etwaige Höhlenbildung festzustellen, das Röntgenbild herangezogen.

Die Prognose war erheblich ungünstiger als die der Empyeme anderen ätiologischen Ursprunges. Als Ursache hierfür kommt die Unterernährung, die damals in Deutschland bestand, wohl nicht in Frage. Wahrscheinlich liegt der Grund in der Virulenz des Grippeerregers, der eine Disposition für sekundäre Kokkeninfektion schuf.

Für den Verlauf der Grippeempyeme waren prognostisch ungünstig der zeitige Zusammenfall von Grippeempyemen mit bestehenden Herzfehlern, ebenso das gleichzeitige Auftreten von Empyemen der einen mit Lungenaffektionen der anderen Seite. Schwangerschaft verschlechterte, besonders in den drei letzten Monaten, erheblich die Prognose der Grippeempyeme. Außer diesen Komplikationen wurden beobachtet bei einem Patienten das Übergreifen der Eiterung auf das Peritoneum, bei einem anderen die Entstehung eines metastatischen Hirnabszesses.

Die Therapie an hiesiger Klinik bestand in sofortiger Rippenresektion, auch in den schwereren Fällen. Nur bei dem Empyema duplex wurde die Punktion allein in späterer Verbindung mit der Bülau-Heberdränage und der Thorakotomie angewandt. Desgleichen wurde die Punktion allein in einem desolaten Zustand als Palliativum ausgeführt. 3mal wurde die Punktion bei sehr schweren Erkrankungsfällen als entlastende Vorbereitung für die später in Aussicht genommene Rippenresektion vorgenommen.

Die Menge des abgelassenen Eiters schwankt zwischen 50 ccm und 4 Liter; in den meisten Fällen flossen 2—3 Liter Exsudat ab.

Die Nachbehandlung bestand in der Anlegung eines dichtschließenden Verbandes, der wie ein Ventil wirkte, bei der Aus-

atmung Luft entweichen ließ, bei der Einatmung jedoch die Luft von außen nicht ansaugte. Ebenso wurde Wert auf Atemgymnastik gelegt. Von der energischen Nachbehandlung mittels des Perthesschen Apparates sah man in hiesiger Klinik ab.

Komplikationen in der Rekonvaleszenz bestanden 4mal in Eiterretentionen, 1mal in einer kruppösen Pneumonie, die 18 Tage post operationem auftrat. In einem anderen Falle entstand durch ein in die Empyemhöhle hineingeglittenes Drainstück ein kürzerer Fieberanstieg.

In 4 Fällen hatte die Rippenresektion nicht den gewünschten Erfolg, weil die Lunge infolge starker Schwartenbildung ihre Ausdehnungsfähigkeit verloren hatte und die Empyemhöhle weiter bestehen blieb. In diesen Fällen wurde die Thoraxresektion nach Schede mit geringen Abweichungen vorgenommen. Diese Modifikation bestand darin, daß man von der Entfernung der Pleuraschwarten Abstand nahm, diese vielmehr kreuzweise oder längs spaltete, wodurch die vordere und hintere Brustwand ihre Federkraft wiedergewannen, so daß die Oberfläche der retrahierten Lunge wieder vergrößert wurde (Garrè).

Die Krankheitsdauer der Grippeempyeme schwankte zwischen 4 Wochen und $6^1/_2$ Monate. Die durchschnittliche Dauer der Erkrankung betrug 72 Tage.

Von den 48 Patienten sind 36 als geheilt entlassen worden; 2 Kranke entzogen sich ungeheilt der Behandlung, ein Patient befindet sich noch in Rekonvaleszenz. 9 Fälle = 18,8 Proz. endigten letal. Die Todesursache war 6mal Herzschwäche, 1mal kruppöse Pneumonie, 1mal ein metastatisch entstandener Hirnabszeß, 1mal eine Peritonitis.

Der im allgemeinen günstige Verlauf der Grippeempyeme an der Kölner Chirurgischen Universitätsklinik ist wohl ein Verdienst des frühzeitigen chirurgischen Eingriffes, der in den meisten Fällen eine restitutio ad integrum herbeiführte.

Aus der Chirurgischen Klinik Lindenburg
(Geheimrat Prof. Tilmann).

Über Karzinom bei Jugendlichen.

Von

Jos. Drügg.

Wenn man als Altersgrenze für das Vorkommen von Krebs bei Jugendlichen das 30. Lebensjahr annimmt, so zeigen fast alle Statistiken, daß auf den ebengenannten Lebensabschnitt von allen Karzinomfällen überhaupt ca. $2\,^1/_2$—$3\,^1/_2$ Proz. entfallen.

Ich selbst habe die Statistiken der Kölner Chirurgischen Universitätsklinik Lindenburg von den letzten 10 Jahren durchgesehen. In den Jahren 1909—1919 waren an hiesiger Klinik im ganzen 379 Krebskranke zur Aufnahme gekommen. Unter diesen standen unter dem 30. Lebensjahr 8 Patienten = 2,2 Proz.

Sucht man nun nach einer Erklärung der Tatsache, daß ein gewisser Prozentsatz auch dem jugendlichen Alter zugehört, so drängt sich einem unwillkürlich die Frage auf, in welchem ätiologischen Zusammenhang wohl das Alter zur Krebsbildung stehen könnte.

Von den Gelegenheitsmomenten und Einflüssen, die eine Karzinombildung zur Folge haben, und die deshalb, wenn auch zwar nicht als die direkte Ursache, so doch als prädisponierende Momente angesehen werden müssen, hat von jeher das Trauma eine große Rolle gespielt.

Eine Reihe Autoren bezeichnen die Infektionskrankheiten als ein ätiologisches Moment bei der Bildung bösartiger Geschwülste.

Viele Anhänger hat auch die Lehre von der Vererbbarkeit entweder der malignen Tumoren selbst oder der Disposition hierzu gefunden, eine Lehre, die gestützt wurde durch das Vorkommen der sog. Krebsfamilien.

Am besten geeignet, das Auftreten des Karzinoms gerade im kindlichen und jugendlichen Alter zu erklären, erscheinen mir die Theorien von Cohnheim und Ribbert.

Was zunächst die Häufigkeit des Auftretens hinsichtlich der beiden Geschlechter betrifft, so ist nach Borst das Verhältnis der Krebserkrankung bei Knaben und Mädchen zunächst bis zur Pubertät gleich, während sich dann die Zahl zuungunsten des weiblichen Geschlechtes verschöbe. Aber auch die einzelnen Organe zeigen nach

einigen Autoren eine verschiedene Altersdisposition zu karzinomatöser Degeneration.

Nach Birch-Hirschfeld erkranken gerade die Generationsorgane bei jugendlichen Individuen in verhältnismäßig häufiger Zahl an Karzinom. Die Literatur berichtet uns z. B. über eine ganze Reihe von Ovarialkarzinomen bei Jugendlichen. Über einen eigenen Fall aus der Tilmannschen Klinik habe ich eingehend berichtet.

Auch Hodenkarzinome sind schon bei Jugendlichen öfters beobachtet worden. Ihnen schreibt man eine besondere Malignität zu, insofern sie zu außerordentlich schneller Metastasierung, vornehmlich in den retroperitonealen Lymphdrüsen, neigen.

Äußerst selten sind im jugendlichen Alter primäre Uteruskarzinome, von denen ich in der Literatur einige Fälle erwähnte, darunter ausführlicher über einen Fall von Carcinoma uteri recidivum inoperabile aus der Tilmannschen Klinik.

Eine Prädilektionsstelle karzinomatöser Erkrankung im jugendlichen Alter sind die Nieren. Nach Rohrer sollen mindestens $^1/_3$ aller Nierenkarzinome bei Kindern bis zu 10 Jahren beobachtet worden sein. Ein besonderes Charakteristikum für die primären malignen Nierentumoren im Kindesalter, sagt Wolff, sei nach den Beobachtungen aller Forscher das schnelle Wachstum der Geschwulst und die ungeheure Größe, die diese Tumoren im Kindesalter erlangen könnten.

Wenngleich eine primäre Krebserkrankung der Leber im Verhältnis zu der anderer Organe ziemlich selten ist, sind doch auch eine Reihe von Beobachtungen von Primärkrebs der Leber auch im jugendlichen Alter gemacht. Auch primäre Fälle von Milz- und Pankreaskarzinomen bei Jugendlichen finden sich in der Literatur, von denen ich eines besonders typischen Falles in meiner Arbeit genauer Erwähnung tat.

Daß das Magenkarzinom auch bei Jugendlichen keine seltene Erkrankung ist, läßt sich statistisch nachweisen. G. Heimann berichtet über 455 Fälle von Magenkrebs, unter denen 6,1 Proz. Individuen unter 30 Jahren betrafen, und die Literatur der letzten 2 Jahrzehnte enthält ziemlich zahlreiche Beobachtungen von Magenkrebs bei Jugendlichen. Unter anderen Fällen habe ich einen eigenen Fall von Carcinoma cardiae bei einem 27jährigen Arbeiter etwas ausführlicher besprochen. Erwähnt sei noch eine Arbeit von Wätzold: „Über Krebs in unserer Armee", in der er über 11 Fälle von Magenkarzinom bei Soldaten im Alter von 20—30 Jahren berichtet.

Was nun die karzinomatösen Erkrankungen des Darmes betrifft, so zeigen auch hier eine Reihe von Fällen, wie z. B. von Ruczinski, Milne, Wätzold u. a., daß auch jugendliche Individuen davon nicht verschont bleiben.

Eine ziemlich seltene Erkrankung ist der Primärkrebs des Peritoneums, der in der Regel erst jenseits des 40. Lebensjahres beobachtet wird. Es sind aber auch einige Fälle bekannt, die in das jugendliche Alter fallen, so z. B. die von Jürgens, Wätzold und Taylor.

Zum Schluß der Aufzählung der karzinomatösen Organerkrankungen im jugendlichen Alter habe ich aus der Reihe von malignen Hauttumoren ein seltenes primäres Hautkarzinom im Säuglingsalter erwähnt.

Der Einfluß der feindlichen Blockade auf die Sterblichkeit der Kölner Kinder von 1—10 Jahren.

Von

Eugen Nießen, städt. Fürsorgearzt, Neuß a. Rh.

Säuglinge wurden durch die Hungerblockade wenig oder gar nicht beeinträchtigt. Zum Zweck der Untersuchung der Kindersterblichkeit habe ich die 5 Jahre vor dem Krieg — das Jahr 1914 als Übergangsjahr — und die 4 Kriegsjahre gegenübergestellt.

Bei dem Vergleichen von Bevölkerungszahl, Geburten und Todesfälle der Kinder zeigt es sich, daß die Seelenzahl der Stadt Köln bis 1916 ständig wächst, dann um ein Geringes fällt, also nicht wesentlich durch den Krieg beeinflußt wurde. Die Höchstzahl der Geburten im Jahre 1914 sinkt in den folgenden Jahren rapid bis zum Jahre 1917 um fast 40 Proz. Die Zahl der Todesfälle zeigt vor dem Krieg ein ständiges Sinken mit Ausnahme des heißen Sommers im Jahre 1911 mit seiner großen Säuglings- und Kindersterblichkeit. Von 1914 steigt sie in erschreckender Weise an, und zwar im Jahre 1918 um weit über 100 Proz.

	1909	1910	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918
1.	1 244	1 069	1 294	866	841	993	1 298	1 446	1424	1777
2.	14 715	15 099	14 187	14 232	14 170	15.985	13 485	10 474	9098	9355
3.	472	507	526	532	544	637	649	654	688	641

1000

1. Sterbezahl. 2. Geburtszahl. 3. Bevölkerungszahl.

Bei Gegenüberstellung der Todesfälle nach den einzelnen Altersstufen, und zwar von 1—2 Jahren, von 2—5 und von 5—10 Jahren, zeigt sich folgendes: Verhältnismäßig am wenigsten beeinflußt zeigt sich die Kurve der Kinder von 1—2 Jahren. Sie weist eine hohe Zacke im Jahre 1911 auf, sinkt um fast das Dreifache im folgenden Jahr, steigt dann unregelmäßig an, übersteigt aber nur unwesentlich im Jahre 1918 die Zahl von 1909. Wesentlich anders zeigen sich uns die beiden andern Kurven, die der von 2—5 und von 5—10 Jahren. Hier fallen die Zahlen vor dem Krieg bis 1914 um fast die Hälfte, sie steigen kontinuierlich an und erreichen im Jahre 1918 das Dreifache ihres Tiefstandes. Man ersieht hieraus, daß dank der Sicherstellung der Milch für Säuglinge und durch die mütterliche Ernährung die Blockade die Kinder im 2. Lebensjahr nicht sehr beeinflußt, desto mehr aber wurden die Kinder in den späteren Jahren geschädigt, wo der gute Einfluß der Säuglingsnahrung nachließ.

Sterbezahlen der Kinder nach Altersstufen.

	1909	1910	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918
Von 1—2 J.	561	551	713	278	436	423	482	535	416	592
„ 2—5 J.	469	356	391	316	290	284	495	468	596	757
„ 5—10 J.	214	162	190	172	135	206	321	343	412	428

Die Zahl der an Infektionskrankheiten gestorbenen Kinder sinkt vor dem Krieg ständig bis zum Jahr 1913 um das Dreifache, steigt dann an und erreicht im Jahre 1918 eine weit über dreifach so hohe Zahl. Die Zahlen der durch Lungenentzündung zugrunde gegangenen Kinder bleiben sich vor dem Krieg ziemlich gleich, erreichen aber im Jahr 1918 weit das Doppelte der Zahl von 1914. Auch bei der Tuberkulose haben wir ein ständiges Zurückgehen vor dem Krieg und von 1914 an ein fortlaufendes Ansteigen um weit mehr als das Doppelte bis zum Jahr 1918. Der durch die Unterernährung und schlechten hygienischen Verhältnissen — beides Erfolge der Blockade — geschwächte kindliche Körper war den Anforderungen, die das Infektionsgift an ihn stellte, nicht mehr gewachsen, er unterlag ihnen.

Todesursachen: 1. Infektionskrankheiten, 2. Lungenentzündung, 3. Tuberkulose.

	1909	1910	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918
1.	401	309	307	172	163	209	371	364	342	512
2.	174	189	154	153	159	152	218	219	205	340
3.	149	121	156	116	106	107	130	142	206	224

Bei Trennung der Todesfälle an Tuberkulose nach Altersstufen kommen wir zu folgendem Ergebnis. Wir sehen, daß die Kurve der Kinder von 1—2 Jahren nicht durch den Krieg beeinflußt wird, wohl aber die Zahlen der Kinder von 2—5 und von 5—10 Jahren, die an sich schon höhere Zahlenwerte aufweisen und während des Krieges gewaltig ansteigen. Nach einem 16jährigen Durchschnitt in Preußen starben auf 10 000 Lebende des betreffenden Alters an Tuberkulose: Von 1—2 Jahren 42, von 2—5 Jahren 40,9, von 5—10 Jahren 10,5. Die Zahlen nehmen also mit zunehmendem Alter rapid ab. Wenn nun während des Krieges diese Zahlen für Köln nicht ab-, sondern gewaltig zunehmen, so gilt das als Beweis, in welch großem Maße die Tuberkulose infolge der durch die Blockade heraufbeschworenen Schwierigkeiten um sich gegriffen hat.

Todesfälle von Tuberkulose nach Altersstufen.

	1909	1910	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918
Von 1—2 J.	40	41	48	27	27	27	33	21	32	30
„ 2—5 J.	53	55	64	53	47	44	52	52	81	89
„ 5—10 J.	51	25	44	36	32	37	45	52	93	95

Nach einer für Bayern in den Jahren 1893—1902 aufgestellten Statistik betrugen die Sterbefälle an Diphtherie auf 100 000 Personen: Von 1—2 Jahren 401, von 2—5 Jahren 277, von 5—10 Jahren 77. Auch hier fallen die Zahlen beim Älterwerden der Kinder, auf Grund ihrer gefestigteren Konstitution. Für Köln habe ich derartige Zahlenwerte nicht gefunden. Nur das Jahr 1913 hält sich mit seinen Zahlen in ähnlicher Reihenfolge. In allen übrigen Jahren aber sind während des Krieges die Zahlen der älteren Kinder höher als die der jüngeren, und zwar um ganz bedeutende Werte, ein weiterer Beweis für die schwere Schädigung unserer Volksgesundheit durch die Blockade.

Todesfälle an Diphtherie nach Altersstufen.

	1909	1910	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918
Von 1—2 J.	57	39	47	20	25	28	46	54	47	56
„ 2—5 J.	87	55	56	34	19	48	118	163	167	159
„ 5—10 J.	32	27	17	14	11	54	81	126	108	82

Eine Zusammenfassung der Untersuchungen ergibt, daß bei allen Zusammenstellungen über Todesfälle eine ständige Abnahme vor dem Krieg besteht, ein Beweis, wie erfolgreich die sozialen und hygienischen Einrichtungen in Deutschland arbeiteten, daß aber während des Krieges die Zahlen der Todesfälle gewaltig steigen. Daraus ergibt sich als Haupterfordernis, daß nunmehr überall eine zielbewußte und energische Kinderfürsorge einsetzt mit Kinderspeisung, ständige ärztliche Überwachung der Schulkinder usw., um so den schweren Schäden, die die Blockade unserer Volksgesundheit schlug, zu begegnen.

Aus der Chirurgischen Klinik Lindenburg
(Geheimrat Prof. Dr. Tilmann).

Beitrag zur Erklärung der verzögerten Kallusbildung am distalen Bruchende bei einer Unterschenkelfraktur in Höhe der unteren Metaphyse.

Von

Otto Schaefer aus Forbach i. Lothr.

Vorliegende Arbeit nimmt ihren Ausgang von einem in der Chirurgischen Universitätsklinik zu Köln beobachteten Fall von Unterschenkelfraktur. Es handelte sich um eine direkte Splitterfraktur der Tibia und Fibula mit Weichteilverletzung bei einem 36jährigen Patienten, die er sich infolge Unfalles zugezogen. Es bestand eine ausgesprochene Tendenz mangelhafter Kallusbildung, die aber insofern eigenartig war, als sie das jegliche Fehlen von Kallus „am distalen Bruchende" aufwies. Im Gegensatze hierzu stand die reichliche Entwicklung von Kallus am proximalen Bruchende, der sich hernach auf die Kante des etwas nach hinten dislozierten distalen Bruchendes auflehnen konnte und so erst nach $4\,^1/_2$ Monaten eine feste Konsolidierung herbeiführte. Noch die zuletzt gemachten Röntgenaufnahmen (nach 5 Monaten) ließen noch immer einen sich vom peripheren Bruchende aus entwickelnden Kallus vermissen. Die Bruchlinie verlief leicht gezackt, aber von Kallus war nichts zu sehen. Vom zentralen Knochenstumpfe hingegen sah man aus der Markhöhle heraus eine schöne große Kallusmasse sich auf den peripheren Bruchstumpf anlehnen.

Nachdem Verfasser in der Einleitung einen kurzen Überblick über die Genese der Kallusbildung und der verschiedenen Ansichten darüber gegeben, geht er dazu über, eine Erklärung für diese Beobachtung der einseitigen Verzögerung zu finden. Er führt in Kürze die gebräuchlichsten bislang angeschuldigten Momente der verzögerten Kallusbildung an, unter Beibehaltung der alten Gesichtspunkte und Trennung von „allgemeinem" und „lokalem", die aber keine Erklärung der einseitigen Verzögerung zulassen. Daraufhin kommt er zu dem Schlusse, daß diese nur auf neurotischer oder angiotischer Basis zu suchen sei. Erstere wird auf Grund angeführter Autoren, die die Frage „Nerveneinfluß und Kallusbildung" unter Anstellung von Tierexperimenten näher geprüft haben, ebenfalls ausgeschlossen. Ein hemmender oder fördernder Einfluß des Nervensystems auf die Kallusbildung konnte nämlich nirgends „einwandfrei" nachgewiesen werden, wie denn überhaupt neuerdings ein neurotischer Einfluß auf das Knochensystem nur während der Zeit des Wachstums zugegeben wird.

Infolge fehlender direkter Versuche über die Frage: „Schlechtere Gefäßversorgung und mangelnde Kallusbildung“ wird der günstige Einfluß der „besseren Blutversorgung“ herangezogen. Er stützt sich dabei auf die in der Literatur gemachten Erfahrungen, wie z. B. Stauungsbehandlung und Injektionsmethode von Blut nach Bier, der darin eine bessere Nahrungsquelle für den Wiederaufbau der Knochen sieht. Ferner weist er die engen Beziehungen zwischen Gefäßneubildung und eintretender Knochenneubildung, die schon bei der normalen Ossifikation bestehen, nach Durcharbeitung der diesbezüglichen Literatur nach und kommt zu dem Schlusse, daß die bessere Blutversorgung einen fördernden Einfluß auf die Knochenneubildung und Kallusbildung ausübe. Mithin müßte das Gegenteil, falls man eine anatomische Grundlage fände, für die „direkte schlechtere Gefäßversorgung“ in der unteren Metaphyse den Schlüssel geben zu der oben angeführten Störung. Auf Grund der Arbeiten von Lexer über die Gefäßverteilung in den Knochen ist er auch in der Lage, die schlechtere Gefäßversorgung des unteren Diaphysenabschnittes der Tibia nachzuweisen. Diese wird nämlich im Gegensatz zu dem übrigen Röhrenknochen in der Hauptsache von der Arteria nutritia bzw. ihren Ausläufern versorgt (diaphysärer Gefäßbezirk nach Lexer), da diese tiefer zu der Knochen-Knorpelgrenze herabreichen. Der Anteil, den die metaphysären Gefäße, die von außen aus den Arterien des Gelenkapparates herstammen, an der Blutversorgung dieses Knochenabschnittes haben, ist ein geringer. Mithin müssen die Zellen des Markes des peripheren Bruchstückes nach erfolgter Fraktur und Trennung aus dem Arteria-nutritia-Gefäßverbande infolge mangelnder Blutzufuhr eine ernste Schädigung erleiden, wodurch natürlich der Regenerationsprozeß von dort aus sehr in Frage gestellt ist. Nach den neuesten Ansichten liefert nämlich das Markgewebe den „Löwenanteil“ bei der Kallusbildung. Was die periostale Gefäßversorgung anbelangt, so ist dieselbe ebenfalls eine relativ schlechte (Fehlen von Muskelansätzen an der Tibia von der Mitte ab nach abwärts) und die Kallusbildung vom Periost aus, evtl. vikariierend gedacht, an dieser Stelle auch nicht gut annehmbar. Die Arbeit gipfelt nach obiger Überlegung und Ausführung in dem Satze:

„Infolge der nachgewiesenen direkten schlechteren Gefäßversorgung war die Vitalität des Gewebes im distalen Knochenstumpfe derart herabgesetzt, daß selbst ziemlich erhebliche Reize, wie wir sie dauernd teils durch Injektionen, teils durch Zug und Druck (überhaupt durch alle erdenklichen modernen Behandlungsmethoden) ausgeübt, nicht mehr imstande waren, den Regenerationsprozeß in den durch mangelnde Blutversorgung geschädigten Zellen wieder anzufachen.“

Über mykotisches Aneurysma der Aorta abdominalis.

Von

Joseph von Pier.

Bei dem dieser Arbeit vorliegenden Präparat handelt es sich um einen seltenen Fall von metastatisch-mykotischem Aneurysma der Aorta.

Nach der Krankengeschichte der Medizinischen Klinik (Geheimrat Prof. Moritz) erlitt der Kranke am 3. 5. 18 beim Abhauen eines Pfeilers an einem brennenden, sehr heißen Ofen eine „Vergiftung durch ausströmende Gase". Seitdem dauernd Beschwerden: Mattigkeit, Schwindel, Augentränen, starkes Abmagern. Sept. bis Okt. 1918 wegen Schwäche zu Bett. 100 Proz. erwerbsunfähig geschrieben. Vor 5 Wochen Krämpfe und Schmerzen in beiden Beinen. 4 Tage zu Bett. Beim Aufstehen Schwellung, Rötung und Schmerzen im rechten Fußgelenk.

Befund: Kräftiger, sehr blasser, stark abgemagerter Patient. Erythrozyten 1 910 000. Leukozyten 22 100. Hämoglobin 28 Proz. Milz stark vergrößert. Konsistenz ziemlich hart, nicht druckschmerzhaft. Am rechten Fuß starke Schwellung von etwa einer Handbreite oberhalb des äußeren Knöchels bis zu den Metakarpalgelenken. Bewegung ist im Fußgelenk nicht möglich. Fluktuation.

Am 5. 9. 19 wurde Patient auf die Chirurgische Klinik (Geheimrat Prof. Tilmann) verlegt. Patient macht kachektischen Eindruck.

Am rechten Fuß werden Inzisionen gemacht. Es entleert sich dünnflüssiger Eiter. Die Sehnen sehen matt und schwammig verdickt aus. In den letzten Tagen vom 7. 9. bis 24. 9. zeigt sich ab und zu frisches Blut im Stuhl, in den letzten Tagen Durchfall. Die Temperatur hat einen typisch septischen Charakter. Die Wunden am rechten Fuß sezernieren stark, zeigen keine Heilungstendenz. Blutuntersuchung auf Typhus und Paratyphus B negativ.

24. 9. Durchfälle. Schüttelfröste. Nachmittags erst große Unruhe, dann rascher Verfall. Abends 8 Uhr tritt der Tod ein.

Klinische Diagnose (Bantische Krankheit): Arthritis phlegmonosa am rechten Fuß. Sepsis chronica.

Die Obduktion (Prof. Dietrich) hatte folgendes Ergebnis:

Anatomische Diagnose: Chronische Sepsis, ausgehend von eitriger Entzündung des rechten Fußgelenks. Großartige septische Milzschwellung. Septisch-embolische Aneurysmen der Bauchaorta. Umschriebene fibrinöse Peritonitis.

Die Milz ist kolossal vergrößert, reicht bis zur Beckenschaufel und in der Mitte bis zur Nabellinie. Sie ist leicht verklebt mit der Bauchwand und den anliegenden Därmen. Sie ist ganz von zarten, fibrinösen Belägen bedeckt. Gewicht 6150 g. Ihre Maße sind 31 : 21 : 12 cm. Auf dem Durchschnitt ist das Milzgewebe gleichmäßig fleischartig fest, blaurot, läßt keine Follikel erkennen.

Leber 6000 g. Oberfläche glatt. Auf dem Durchschnitt ist sie rötlichbraun mit verwaschener Läppchenzeichnung.

Das Pankreas ist etwa 16 cm lang, von mittlerer Dicke. Der Schwanzteil des Pankreas ist durch eine Vorwölbung emporgehoben, die sich hinter der Radix mesenterii vordrängt, auch das Duodenum etwas nach rechts schiebt. Diese Vorwölbung reicht etwa vom 2. bis zum 4. Lendenwirbel. Beim Einschneiden entleeren sich geschichtete Fibrinmassen und Blutgerinnsel. Beim weiteren Freilegen zeigt sich, daß der mittleren Bauchaorta ein kleinfaustgroßer Sack ansitzt, der aus einer dichten weißen Fibrinschicht besteht. Außen liegen diesem Sack noch lockere Fibrinschichten und gerinnselartige Massen auf, die somit eine mantelartig, den ersten Sack umgebende Höhle erfüllen. Diese Höhle liegt unmittelbar dem 2. bis 4. Lendenwirbel auf und erstreckt sich in den M. psoas hinein bis zum Beckenrand. Das angrenzende Muskelgewebe ist ödematös und von kleinen Fibrinfetzchen durchsetzt. Auf der Hinterseite der Aorta findet sich in Höhe etwas unterhalb des Abgangs der Arteria mesenterica superior, 2 cm seitlich von derselben entfernt, ein kleines fast 4eckiges Loch. Es hat eine Länge von 4 mm, seine Breite ist ebenso groß. Die Ränder sind zackig und nach außen umgeschlagen. Durch dieses Loch hindurch gelangt man nach außen in einen kleinen Sack, der ungefähr die Größe einer Bohne hat. Er ist gebildet aus Fibrinmassen. In seinem Innern befinden sich noch vereinzelte Blutgerinnsel. Rings um diesen Sack befindet sich eine bindegewebige Umhüllung, welche mit der Adventitia der Aorta im Zusammenhang steht. Ihre Dicke beträgt 4,5 mm, ihre Konsistenz ist locker.

Das größere Interesse beansprucht aber ein zweites weiter nach unten sitzendes Aneurysma der Aorta. Es geht aus von einem Loch, welches 3,5 cm schräg unterhalb des zuerst beschriebenen Loches sitzt. Dieses Loch sitzt 6 cm von der Arteria mesenterica inferior entfernt in gleicher Höhe mit derselben. Seine Ränder sind ebenfalls zackig und nach außen umgeschlagen. Die Maße betragen 8 : 5 : 5 : 4 mm. Durch dieses Loch gelangt man in einen Sack, der ungefähr die Größe einer kleinen Faust hat. Die Wand dieses Sackes besteht aus einer zusammenhängenden, weißlichen Fibrinschicht, die teilweise eine glatte Oberfläche hat, an verschiedenen Stellen jedoch reichliche fibrinöse Auflagerungen.

Der einen Wandseite dieses Fibrinsackes sitzen noch geronnene Blutmassen auf. Der der Aorta abgewandten Seite liegt eine dicke

Masse Blutgerinnsel auf, welche eine bräunlich rote Farbe zeigen und fast vollständig von einer dünnen zusammenhängenden Fibrinschicht umgeben sind.

Der Fibrinsack mit den ihn umgebenden Blutgerinnseln hat die früher dort liegenden Teile verdrängt und hängt in die oben beschriebene große Höhle hinein.

Die Umgebung des Loches in der Aorta, das in den soeben beschriebenen, großen Sack führt, ist allseitig von zarten, fibrinösen Auflagerungen belegt, die sich nach unten hin wie ein feiner Schleier bis über die Teilungsstelle der Aorta hinaus in die Arteriae iliacae communes hinein fortsetzen. In diesem feinen Belage wurden bei der mikroskopischen Untersuchung Streptokokken gefunden, sonst ist die Wand der Aorta glatt.

Die mikroskopische Untersuchung führte zu folgender Schlußfolgerung. Die ausgeprägten Prozesse der Entzündungsvorgänge liegen in dem der Aorta benachbarten Gewebe. Von hier aus ist die Abszeßbildung fortgeschritten bis in die Media, die an der Abrißstelle erreicht wird. In den äußeren Fibrinschichten befinden sich die dicksten Bakterienklumpen. Ebenso sehen wir an der Aortenwand unterhalb des großen Aneurysmas die eitrige Einschmelzung von außen her in das Gefäß hineindringen. So muß man annehmen, daß an beiden Aneurysmastellen die eitrige Einschmelzung von außen herantrat, die Gefäßwand durchsetzte, widerstandslos machte und den Durchbruch veranlaßte.

Demnach sind diese Aneurysmen als Arrosionsaneurysmen zu deuten. Die Entstehung dieser beiden Aneurysmen gleicht infolgedessen den Arrosionsaneurysmen, die von Scheuer und Witte beschrieben sind.

Aus der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten
(Prof. Dr. Zinsser).

Kriegserfahrungen über Gonorrhöe.

Von

Leo Schweich.

Durch den jähen Ausgang des Krieges war es unmöglich, — wie ehedem geplant —, an Hand der „Meldekarten", die jedem wegen einer Geschlechtskrankheit behandelten Heeresangehörigen ausgestellt wurde, grundlegende Statistiken aufzustellen, um uns über die Art und Zahl der venerischen Erkrankungen während des Krieges genau zu unterrichten, so daß wir zum größten Teile auf Einzelveröffentlichungen angewiesen sind, um uns einen möglichst genauen Überblick zu verschaffen. Aus dieser Erkenntnis ist vorliegende Arbeit entstanden.

In den beiden letzten Jahren des Krieges habe ich mich vorwiegend mit der Behandlung der akuten Gonorrhöe beschäftigt und das an der Ost- und Westfront durchgegangene Material zusammengestellt. Im folgenden berichte ich zunächst über 700 Fälle akuter unkomplizierter Gonorrhöe, die ich an der Ostfront behandelt habe.

Von diesen 700 Patienten gehörten 140 = 20 Proz. dem Unteroffizier-, die übrigen dem Mannschaftsstande an. 235 = 33,5 Proz. waren verheiratet.

225 = 30 Proz. der Kranken hatten bereits früher ein- oder mehrmals eine Gonorrhöe durchgemacht, die bei 95 = 13,5 Proz. vor dem Kriege erworben war; es hatte sich also annähernd der 5. Teil aller hier aufgenommenen Gonorrhöepatienten seit Beginn des Krieges mindestens zum zweiten Male gonorrhöisch infiziert. Eine Gegenüberstellung der im Felde und in der Heimat akquirierten Gonorrhöen ergab: 559 = 79,8 Proz. Infektionen im Felde, 141 = 20,2 Proz. Infektionen in der Heimat. Bei 445 = 56,7 Proz. gelang es, die Infektionsquellen zu ermitteln. Über die in der Heimat erworbenen Infektionen konnten 110 = 78 Proz. keine näheren Angaben machen; bei den Infektionen der Urlauber versagten die Angaben sogar in 86 Proz. der Fälle; d. h. also nur in 56,7 Proz. der Feld- und in nur 22 Proz. aller Heimatinfektionen ließ sich die Ansteckungsquelle „mit Erfolg" ermitteln. 18 Proz. aller Kranken hatte angeblich eine Prophylaxe ausgeführt, und zwar: 19 Proz. aller im Felde und 10 Proz. aller in der Heimat Infizierten.

Die unserem Lazarett im Osten überwiesenen Kranken waren zu 78,5 Proz. akute Gonorrhöen ohne Komplikationen, 12,5 Proz. mit

Epididymitis oder Prostatitis bei der Aufnahme, 8 Proz. chronische Gonorrhöen und 1 Proz. nichtgonorrhöische Urethritiden.

Etwa die Hälfte der Patienten gelangte erst zwischen 11. bis 20. Tage post infectionem zur Behandlung.

Die Resultate mit der Behandlungsmethode waren folgende:

1. Nach 4—4½wöchentlicher Behandlung konnten von 700 Kranken 585 = 83,6 Proz. als geheilt entlassen werden.

2. Postgonorrhöische Katarrhe traten fast überhaupt nicht auf.

3. 115 = 16,4 Proz. waren nach 4wöchentlicher Behandlung noch nicht gonokokkenfrei und kamen nach weiterer 2—3wöchiger Behandlung zur Ausheilung.

Unter „geheilt" verstehe ich hier diejenigen Fälle, die nach einer Provokation 8 evtl. 10 Beobachtungstage sekretfrei waren, einen vollkommen klaren Urin aufwiesen und bei denen sich in der Anterior mittels Knopfsonde keinerlei Veränderungen feststellen ließen; Prostata: o. B.

Diesem Bericht über die Verhältnisse an der Ostfront stelle ich nun im folgenden eine Zusammenfassung der im Westen gemachten Beobachtungen gegenüber. Die Zahlen beziehen sich auf 1700 Fälle akuter unkomplizierter Gonorrhöe.

Von diesen Patienten entstammten 376 = 22,1 Proz. (20 Proz.) dem Unteroffiziersstande. Die Zahl der Verheirateten stieg in den letzten Monaten bis zu 45,5 Proz. aller Fälle gegenüber 33,5 Proz. im Osten. 650 = 38,2 Proz. (30 Proz.) hatten bereits früher einmal oder öfters eine Gonorrhöe durchgemacht, und zwar 204 = 12 Proz. (13,5 Proz.) noch vor dem Kriege und 446 = 26,2 Proz. (18,5 Proz.) erst während des Krieges. Aus der Differenz von 18,5 Proz. im Osten 1917 und 26,2 Proz. im Westen 1918 läßt sich das Anwachsen der venerischen Erkrankungen im Kriege erkennen. Es erfolgten: 666 = 39,1 Proz. (79,8 Proz.) Infektionen im Felde, 1034 = 60,9 Proz. (20,2 Proz.) Infektionen in der Heimat. An Infektionen im Bordell beobachtete ich nur 47 = 4,5 Proz., bei der eigenen Ehefrau 98 = 9,5 Proz.; das bedeutet umgerechnet auf die Zahl der Verheirateten 15,2 Proz. aller verheirateten Geschlechtskranken. Diese Zahlen stehen im umgekehrten Verhältnis zu den im Osten gefundenen Daten. Während dort die Feldinfektionen mit 79,8 Proz. den Heimatinfektionen mit 20,2 Proz. gegenüberstanden, überwiegen hier im Westen die in der Heimat erfolgten Ansteckungen mit 60,9 Proz. bei weitem. Auch die Zahl der Infektionen bei der eigenen Ehefrau zeigt eine Zunahme von 0,5 Proz. auf 9,5 Proz. Nach einer Statistik Mulzers infizierten sich von 568 Geschlechtskranken 15 Proz. bei ihren eigenen Frauen, gegenüber nur 0,35 Proz. im Bordell.

Bei 1116 = 65,5 Proz. (50,7 Proz.) aller Kranken war die Infektionsquelle nicht zu ermitteln.

Ebensowenig erfreuliche Zahlen ergab auch im Westen die Zusammenstellung über die vorgeschriebene Prophylaxe. Diese war nicht ausgeführt worden bei 1543 = 90 Proz. (82,6 Proz.); und zwar war der Erkrankung im Felde bei nur 14 Proz., in der Heimat in nur 6,3 Proz. eine Prophylaxe vorausgegangen. Von diesen waren nur 5 Proz. (16 Proz.) im Revier vorgenommen worden.

Was den Behandlungsbeginn anbetrifft, so lagen infolge der besseren Verkehrsmöglichkeiten die Verhältnisse im Westen günstiger als an der Ostfront. Es gelangten hier zur Behandlung am 1.—5. Tage: 334 = 19,8 Proz. (7,5 Proz.), am 6.—10. Tage: 615 = 36,2 Proz. (27 Proz.). Von der Gesamtzahl der der Gonorrhöestation überwiesenen Kranken waren: 61 Proz. (78,5 Proz.) akute Gonorrhöe; davon bei der Einlieferung 2,9 Proz. (12,5 Proz.) kompliziert mit Prostatitis oder Epididymitis, 15,6 Proz. (8 Proz.) chronische Gonorrhöe, 19 Proz. (1 Proz.) nichtgonorrhoische Urethritiden, 4,4 Proz. Balanitis, Phimose usw. Die geringere Anzahl der Komplikationen ist wohl in der Hauptsache durch die günstigeren Verkehrsverhältnisse begründet.

Bei der genau wie im Osten durchgeführten Behandlung wurden 61,6 Proz. als geheilt entlassen.

Aus der Orthopädischen Klinik des Bürgerhospitals
(Prof. Dr. Cramer).

Ein Fall von Subluxation — Spondylolisthesis in der Lendenwirbelsäule mit schräg verengtem Becken.

Von

Rudolf Keseberg.

In der vorliegenden Arbeit wird eine eigenartige Veränderung der Lendenwirbelsäule und des Beckens bei einem 35jährigen Dienstmädchen beschrieben. Die Deformität geht aus von einem Knochenherd im IV. Lendenwirbel und einem Erkrankungsherd im rechten Kreuzbeindarmbeingelenk. Die Veränderung hat sich im Laufe von 2 Jahren langsam unter Schmerzen im Rücken und in der rechten Hüfte entwickelt. Aus dem ausführlichen körperlichen Befund und den eingehend beschriebenen Röntgenbildern geht hervor, daß es sich um eine Skoliose mit Torsion der Lendenwirbelsäule handelt; dabei ist der IV. Lendenwirbel mit der ganzen darüberliegenden Wirbelsäule nach Art der Spondylolisthesis im Becken herabgeglitten. Als Ursache dieses Vorgangs wird die rechtsseitige Zerstörung des IV. Lendenwirbels und der darunterliegenden Zwischenwirbelscheibe angenommen.

Infolge des Krankheitsherdes im rechten Kreuzbeindarmbeingelenk hat sich ein rechtsseitig schräg verengtes Becken mit Hochstand des rechten oberen Schambeinastes und Darmbeinkammes ausgebildet. Aus der Anamnese und dem augenblicklichen körperlichen Zustand der Patientin, sowie aus dem Krankheitsverlauf werden eine tuberkulöse Spondylitis und ein tuberkulöser Prozeß im rechten Kreuzbeindarmbeingelenk angenommen. Nachdem Trauma als Ursache ausgeschlossen ist, wird an Hand der Literatur näher auf die Symptomatologie der tuberkulösen Spondylitis und der Beckentuberkulose eingegangen und die Entstehung der vorliegenden eigenartigen Skelettveränderung erklärt. Es werden dann weiterhin die differentialdiagnostisch in Betracht kommenden Wirbelsäulen- und Beckenerkrankungen in Erwägung gezogen. Zuerst wird das an der Wirbelsäule häufig vorkommende Karzinom als Ursache ausgeschlossen. Luetische Knochenprozesse werden nach Anamnese und gegenwärtigem Befund ebenfalls abgelehnt. Die chronisch-entzündlichen, ankylosierenden und deformierenden Prozesse der Wirbelsäule, wie die Xyphosis nach Bechterew, der osteophytische und deformierende Wirbelrheumatismus, die rhyzomatische

Spondylitis nach Strümpell-P. Marie werden wegen der fehlenden Versteifung der Wirbelsäule und anderer Gelenke und besonders nach den Röntgenbildern als Ursache der Erkrankung ebenfalls abgelehnt. Die weiterhin differentialdiagnostisch in Betracht kommenden tabischen Erkrankungen der Wirbelsäule, die zwar ähnliche Formen wie die vorliegende bieten können, sind nach dem übrigen körperlichen Befund ebenfalls auszuschließen. Am meisten kommt differentialdiagnostisch noch die Osteomyelitis in Frage, deren einzelne Formen an Hand der Literatur erörtert und in Frage gezogen werden. Danach könnte im vorliegenden Falle die subakute oder chronische Form der Osteomyelitis neben der Tuberkulose am meisten als Krankheitsursache in Betracht kommen. Es wird dann noch das Sarkom als Krankheitsursache in Erwägung gezogen. Nach einer Zusammenstellung über Beckensarkome aus der Literatur und deren Symptomatologie geht hervor, daß tatsächlich im Anfangsstadium eine Verwechslung zwischen Sarkom und Tuberkulose des Beckens leicht vorkommen kann. In beschriebenem Falle lassen aber der Krankheitsverlauf und das Röntgenbild ein Sarkom mit Bestimmtheit ausschließen. Es werden dann aus dem Sammelwerk von Greus und Kolisko über die pathologischen Beckenformen verschiedene, dem vorliegenden Falle ähnliche Beckendeformitäten und ihre Entstehung in Vergleich gezogen.

Zusammenfassend wird dann nochmals auf die Gründe hingewiesen, die den vorliegenden Knochenprozeß mit größter Wahrscheinlichkeit für einen tuberkulösen ansprechen lassen. Gleichzeitig wird die geringe Bedeutung der Kutanreaktion nach Pirquet als diagnostisches Moment für den vorliegenden Krankheitsfall erklärt. Zum Schluß wird noch kurz auf die Behandlung, besonders der Schmerzen, mittels Stützkorsett eingegangen.

Über operative Behandlung der Uterusmyome mit besonderer Berücksichtigung der Enukleation.

Von

Wilhelm Folkert.

Die Arbeit orientiert über die heutzutage wohl gebräuchlichsten Operationen, welche bei der Entfernung von Myomen angewandt werden. In der Einleitung wird ein Überblick über die besonders in den letzten Jahren wesentlich vervollkommnete Röntgentherapie gegeben unter kurzer Erwähnung der eigentlichen Wirkung. Es folgt die Krankengeschichte einer 21jährigen Patientin mit einem gänseeigroßen Uterusmyom, das mit Erfolg enukleiert wurde und darauf, im Anschluß an eine Statistik von Freund, die Erwägung, daß die Röntgentherapie längst nicht in allen Fällen anwendbar ist, sondern eben noch viele Fälle für die Operation verbleiben, besonders wird der Enukleation mit ihrem Für und Wider gedacht.

Im ersten Abschnitt des Hauptteils werden die vaginalen Operationen besprochen, zuerst die Entfernung von Polypen, dann eingehend die vaginalen Enukleationen und im weiteren auch die Möglichkeit, daß auch subseröse Myome vaginal entfernt werden können. Muß der Uterus in toto mit fortgenommen werden, so gibt es auch hierfür verschiedene Wege, die Hegar-Opitzsche Methode, und die Döderlein-Krönigsche Operationsart, welche beide genau beschrieben werden.

Der 2. Hauptteil behandelt die Operationen per laparotomian; wobei je nach den Umständen der Uterus erhalten oder mit exstirpiert werden kann. Dem folgt die genaue Beschreibung der Enukleationstechnik unter Erwähnung einer Modifikation von Freund und danach die Beschreibung der „extra-“ und „intra“peritonealen Stielbehandlung.

Zum Schluß werden die Uterusexstirpationen besprochen, zunächst die Freundsche Art, dann die Döderleinsche und schließlich das einfachste Krönigsche Verfahren.

Nach Erwähnung der früher öfters als heute ausgeführten Kastration werden die angeführten Operationen einer kritischen Beleuchtung unterzogen; das Für und Wider bei vaginalem und ab-

dominellem Eingriff, die Nachteile der Amputation, die großen Bedenken bei der Enukleation, wiewohl dieser Modus von einigen Autoren in letzter Zeit wieder mehr in Aufnahme gekommen ist. Eine Statistik darüber, daß die Enukleationen, gleich ob vaginal oder abdominell ausgeführt, die höchste Mortalität haben, beschließt die Arbeit mit dem Bemerken, daß hinsichtlich unseres therapeutischen Wirkens die Myomträgerinnen selber ein gewichtiges Wort mitzusprechen haben.

Die Bougierung bei Ösophagusstenose, insbesondere die retrograde Bougierung mit Faden ohne Ende.

Von

Ernst Hastermann.

Unter den eigentlichen Ösophagusstrikturen stehen der Häufigkeit ihres Vorkommens nach oben an die durch Karzinom bedingten, darauf folgen dann die sog. Verätzungsstrikturen. Die Stenosen infolge von Lues, Scharlach, Typhus und peptischen Geschwüren sind so selten, daß nach dem Karzinom die überwiegende Mehrzahl der Strikturen ihre Entstehung dem Verschlucken von ätzenden Flüssigkeiten, hauptsächlich von Laugenessenzen, verdankt.

Leider sind wir nicht immer imstande, in derartigen Fällen, selbst wenn sie gleich nach dem Unfall in Behandlung kommen, der Bildung dieser bösartigen Stenosen vorzubeugen. Es bleibt also nur die Bougierung, die aber wegen der Perforationsgefahr erst 3 bis 4 Wochen nach Ablauf der akuten Krankheitssymptome vorgenommen werden kann, übrig.

Die dem Brustteil angehörenden, tiefsitzenden narbigen Strikturen der Speiseröhre sind des öfteren so hochgradig, daß eine Bougierung vom Munde selbst mit den dünnsten Bougies nicht gelingt. Solche Patienten können zwar manchmal noch Flüssigkeiten und in Ausnahmefällen auch noch festere Speisen herunterschlukken, mitunter ist aber jegliche Ernährung per os unmöglich. Diese schweren Störungen der Nahrungszufuhr verbunden mit starker psychischer Depression rufen einen rapiden Kräfteverfall hervor. Es tritt jetzt, um die Patienten vor dem drohenden Hungertode zu erretten, die Gastrostomose in ihre Rechte.

Die Gastrostomose verfolgt also die Absicht:

1. die Patienten zu ernähren,

2. um von der Fistel aus die retrograde Bougierung vornehmen zu können.

Überblicken wir die Literatur über das Gebiet der Ösophagusstenosen bis heute, so lag nur in 3 Fällen eine karzinomatöse Erkrankung der Speiseröhre vor, bei denen durch die retrograde Dilatation eine Besserung, wenn auch nur von vorübergehendem Erfolge erzielt wurde. Eigentliche Dauererfolge bietet die retrograde Dilatation des Ösophagus bei narbigen Strikturen. Die Unmöglichkeit nach vollendeter Gastrostomose weder vom Munde noch vom

Magen aus eine Leitsonde einzuführen, ist nur, soweit ich die Literatur überblicke, in sehr wenigen Fällen beobachtet worden.

Was die Dauerheilung der bougierten Fälle anbetrifft, so sind in der gesamten Literatur bis heute etwa 30 Fälle bekannt und die Berichte hierüber äußerst lückenhaft, so daß ein Gesamturteil nur schwer gefällt werden kann.

Die größte Schwierigkeit der retrograden Bougierung ohne Ende besteht wohl stets in der Einführung des Leitfadens.

Fast allgemein wurde bis heute das Socinsche Verfahren mit den Schrotkugeln und daran anschließend die Sondierung ohne Ende nach von Hacker ausgeführt. Die anderen höchst komplizierten Verfahren, wie sie die Literatur aufweist, dürften praktisch kaum in Frage kommen.

Unter retrograder Bougierung mit Faden ohne Ende verstehe ich die kardiale Einführung eines Leitfadens mit anschließender kardialer Sondierung ohne Ende.

Unter oraler Bougierung mit Faden ohne Ende verstehe ich die orale Einführung eines Leitfadens mit anschließender oraler Sondierung ohne Ende, wie sie bis heute größtenteils ausgeführt worden ist.

Trotz der so komplizierten Methoden bei Einführung des Leitfadens vom Munde aus ist die Methode der kardialen Einführung des Leitfadens bis heute wenig oder gar nicht angewandt worden. Die Schwierigkeiten der oralen Einführung des Leitfadens dürften größtenteils in der Verlagerung des Lumens durch das straffe Narbengewebe bestehen. Die Schleimhaut ist oberhalb der Verengerung entzündlich geschwollen; durch die Zersetzungs- und Fäulnisprozesse infolge Stagnierung der Speisen können Geschwüre und Divertikel vorhanden sein, die des öfteren zu falschen Wegen Anlaß geben. Auch ist selbst eine Perforation nicht ausgeschlossen.

Dieses alles sind wichtige Momente, die aber bei der kardialen Einführung des Leitfadens mit einem Bougie vollkommen wegfallen. Das Gewebe bis zur verengten Stelle ist, soweit keine Infektion oder entzündliche Infiltration vorliegt, intakt. Die so oft vorkommenden Divertikel und starken Ektasien, ferner Schleimhautschwellung, die die Passage verlegen kann, fallen hier weg. Man arbeitet also im gesunden Gewebe, und es ist daher die Perforationsgefahr nur eine sehr geringe. Auch bleiben den Patienten die langwierigen Schluckversuche mit den Schrotkörnern erspart.

Aus der Medizinischen Klinik Augusta-Hospital
(Prof. Dr. Külbs).

Ein Fall von isolierter Milztuberkulose.

Von

Paul Frenken aus Köln.

Eine Krankheit, welche vom inneren Kliniker am Krankenbett erst in einem Falle diagnostiziert wurde, ist die Milztuberkulose. Gemeint sind solche Fälle, bei denen die durch Milzerkrankung hervorgerufenen Symptome derart das Krankheitsbild beherrschen, daß man klinisch von „isolierter Milztuberkulose" zu sprechen berechtigt ist. Die erfolgreich ausgeführten Splenektomien tuberkulöser Milzen beweisen uns, daß wir praktisch eine „isolierte Tuberkulose der Milz" annehmen dürfen. Von den bis jetzt beschriebenen 32 Fällen von Milztuberkulose wurden 13 operiert. Von diesen 13 haben 9 die Operation überstanden, während 4 starben.

Leider ist nun aber die Diagnose, zumal in den Anfangsstadien, äußerst schwer zu stellen, da der Verlauf der Krankheit bei den bisher beobachteten Fällen ein recht uncharakteristischer war. So ist es denn auch nicht verwunderlich, daß die Zahl der zur Obduktion gekommenen Fälle bedeutend größer ist als die Zahl der Beobachtungen, bei denen die Eröffnung der Bauchhöhle die tuberkulöse Ätiologie des Milztumors erkennen ließen.

Ein Fall, bei dem auch die Diagnose erst bei der Sektion gestellt werden konnte, bei dem an einen Typhus abdominalis gedacht und als Nebenbefund eine bantiartige Erkrankung vermutet wurde, ist im Februar 1919 im Augusta-Hospital-Köln auf der inneren Klinik (Prof. Dr. Külbs) zur Beobachtung gekommen. Bei der Sektion erwies er sich als Milztuberkulose.

Der 55jährige Invalide Joseph L. wurde am 5. II. 1919 in die Abteilung eingeliefert.

Anamnese: Früher stets gesund. Seit etwa 7—8 Monaten kränkelt er, ohne sich zu Bett zu legen. Seit 1—2 Wochen fühlt er sich schlechter, bekam vor 3 Tagen Durchfälle.

Befund: Temperatur bei der Einlieferung 39,5°. Puls weich, schlecht gefüllt, regelmäßig 84 i. d. M. Haut und Schleimhäute ziemlich blaß.

Patient ist bei Bewußtsein, kann aber trotzdem über die näheren Umstände seiner Erkrankung keine Auskunft geben.

Zunge: feucht, belegt, mit freien Rändern und freier Spitze.

Thorax: faßförmig, inspiratorisch gedehnt. Über beiden Lungenunterlappen reichlich feuchte R. G.

Herz: o. B.

Leib: ziemlich aufgetrieben, diffus leicht druckempfindlich.

Leber: am unteren Rippenbogen deutlich fühlbar, hart, von glatter Oberfläche.

Milz: am linken unteren Rippenbogen fühlbar, hart.

Stuhl: dünnflüssig, fast rein blutig.

Urin: Alb.-Spur. Diazo neg.

Zahl der Leukozyten 3300.

Vorläufige Diagnose: Typhus abdom.?

6. 2. Widalsche Reaktion auf Typhus negativ, auf Paratyphus 1 : 100 schwach positiv.

7. 2. Die Blutstühle, die äußerst reichlich aufgetreten sind, lassen nach. Typisch remittierender Fieberverlauf mit abendlichen Temperaturen von 39,5°.

8. 2. Zahl der Leukozyten 9800.

Im Stuhl und Urin sind Typhusbazillen nicht gefunden, trotzdem sind die immer noch reichlichen Stühle typisch erbsenbreiartig.

Der Zustand verschlechtert sich im Laufe des 9. 2. derart, daß Patient nichts mehr zu sich nahm und am 10. 2. morgens 10 Uhr unter zunehmender Herzschwäche starb.

Sektionsprotokoll (Dr. Balsam). In der Bauchhöhle 800—1000 ccm Aszitesflüssigkeit. Die Milz liegt als riesiger Tumor vor, sie ist enorm vergrößert und mit der Umgebung verwachsen. Auf der Schnittfläche zeigt sie tief blau-rote Farbe und weist mehrere scharf umgrenzte bis bohnengroße, gelbliche Herde auf.

Maße: 26 : 19 : 12 cm. Gewicht 3400 g.

Leber: ebenfalls mit der Umgebung fest verwachsen. Auf der Schnittfläche von blaß-brauner Farbe weist sie mehrere kleine graugelbliche Herde auf. Die Herde sind etwa hanfkorngroß. Diese und auch die Herde in der Milz erwiesen sich mikroskopisch als Tuberkel.

Maße: 26 : 7 : 10 cm, Gewicht 2600 g.

Darm: Im Ileum und Kolon descendens mehrere tuberkulöse Geschwüre, die zum Teil in Vernarbung begriffen sind. Außerdem ein frisches Geschwür mit blutunterlaufenem Rand, etwa markstückgroß.

Anatomische Diagnose: Milztuberkulose mit ausgedehnter Hyperplasie und Perisplenitis (bantiartige Form).

Ulzeröse Darmtuberkulose. Darmblutungen.

Zirrhotische Leber mit stellenweise erkennbaren hanfkorngroßen Tuberkeln. Aszites. Perihepatitis adhaesiva.

Was den Verlauf unseres Falles im Vergleich zu den bisher beobachteten Fällen von Milztuberkulose angeht, so zeigt er nur in wenigen Punkten einige Abweichungen. Bemerkenswert wäre noch

die niedrige Leukozytenzahl, wodurch eine Analogie mit einem von Naegeli beobachteten Falle besteht, der nur 4000 Leukozyten fand. Es liegt sehr nahe, eine Verminderung der Funktion des leukopoëtischen Systems durch die ausgedehnten anatomischen Zerstörungen anzunehmen, die dann eine Leukopenie erwarten lassen würde. Die Differentialdiagnose gegen Bantische Krankheit würde dadurch nicht erleichtert, sondern eher erschwert, dahingegen würde eine lymphatische Aleukämie mit großer Milz leichter ausgeschlossen werden können. Die kurz vor dem Tode auftretende geringgradige Vermehrung der Leukozytenzahl ist ohne Schwierigkeit als agonale Leukozytose zu verstehen.

Aus der Medizinischen Klinik Lindenburg
(Geheimrat Prof. Dr. Moritz).

Ein Fall von Jacksonscher Epilepsie.

Von

Heinr. Krahe aus Belmen (Rheinland).

Die hauptsächlichsten ätiologischen Momente für die Jacksonsche Epilepsie sind das Schädeltrauma, die Gehirnlues und die Gehirntumoren.

Das Trauma setzt sehr oft äußerlich keine Veränderung am Schädel, und doch findet sich bei der Operation ein Splitter der Tabula interna, eine Duranarbe oder eine traumatische Zyste. Oft finden sich keine makroskopischen Veränderungen, dagegen finden sich in diesen Fällen mikroskopische Veränderungen im Gebiete der Zentralwindungen. Der Jacksonsche Anfall ist nicht immer als sicheres Zeichen einer Affektion der Zentralwindungen aufzufassen, denn solche Anfälle können auch von entfernteren Teilen des Gehirns ausgelöst werden.

Auszug aus der Krankengeschichte des W. B.:

B. stürzte im Oktober 1917 mit dem Flugzeug ab. Er kam im Reitsitz auf dem Motor auf der Erde an. Den Stoß erlitt im wesentlichen das Becken und der rechte Unterschenkel. Der Kopf ist angeblich nicht aufgeschlagen. Außer Hautabschürfungen hatte er keine Verletzungen davongetragen. Kurze Zeit vor dem Unfall hatte B. sich eine Lues zugezogen. Bei der bald einsetzenden antiluetischen Kur war die Wassermann-Reaktion schon positiv. Die 1. Kur machte B. im Oktober 1917 durch. Die 2. antiluetische Kur fand im März 1918 und die 3. im Oktober 1918 statt. Alle 3 Kuren waren genügend starke kombinierte Quecksilber-Salvarsankuren.

14 Tage nach dem Fliegerunfall traten mehrere Jacksonsche Anfälle von typischem Charakter in der linken Hand- und Unterarmmuskulatur auf. Diese Anfälle wiederholten sich im Abstande von mehreren Monaten. Teils traten sie ohne Bewußtseinsverlust, teils mit Bewußtseinsverlust und sogar mit unwillkürlichem Urinabgang und Zungenbiß auf.

Im Oktober 1918 hatte B. einen 2. Fliegerunfall. Er war besinnungslos, äußere Verletzungen lagen nicht vor. Die Anfälle traten nachher nicht häufiger auf. Am 11. 2. 20 wurde B. der Medizinischen Universitätsklinik in Köln (Dir. Herr Geheimrat Prof. Dr. Moritz) überwiesen. Er hatte in den letzten Tagen 4 Anfälle mit Bewußt-

seinsverlust und Zungenbiß gehabt. Sein Gedächtnis hat seit Bestehen der Anfälle angeblich nachgelassen.

2. Befund: B. ist kräftig gebaut. Krankhafte Veränderungen an Herz, Lunge, Haut und Schleimhäuten sind nicht vorhanden.

Nervensystem: Die Reflexe sind normal. Der Handdruck ist links herabgesetzt. Eine Atrophie in der Muskulatur der linken Hand und des Unterarms ist nicht vorhanden. Die Sensibilität ist in der linken Hand herabgesetzt. Der Muskelsinn und der stereognostische Sinn sind erhalten.

Ein am 12. 2. 20 beobachteter Anfall begann typisch zirkumskript im linken Daumen und Zeigefinger, ging dann auf den Unterarm über. Am linken Mundwinkel trat ein leichtes Zucken auf. Während des Anfalles reagierten die Pupillen. Die Wassermann-Reaktion im Blut und Liquor cerebrospinalis fiel negativ aus.

Die Behandlung bestand in täglich 1,5 g J. K. Trotz der J. K.-Behandlung trat nach 14 Tagen wieder ein leichter Anfall auf.

Es wurde Operation vorgeschlagen, die B. jedoch vorläufig ablehnte.

Von Interesse ist der Fall deshalb, weil die überstandene Lues und das 1. Fliegertrauma evtl. beide gemeinsam als Ursache für die Jacksonschen Krämpfe in Betracht kommen. In der Literatur sind Fälle bekannt, wo durch ein Schädeltrauma die Lokalisation der Lues am Gehirn begünstigt wurde.

In unserem Falle sprach gegen Gehirnlues, die als Frühlues hätte in Frage kommen können, 1. der negative Ausfall der Wassermann-Reaktion, 2. die Unbeeinflußbarkeit der Krämpfe durch die antiluetische Behandlung, 3. der Verlauf. Die frühe Lues cerebri zeigt fast stets einen malignen progredienten Verlauf. Auch fehlten die bei Lues cerebri charakteristischen Augenhintergrundsveränderungen. Für die Entstehung der Jacksonschen Krämpfe ist der im Oktober 1917 erlittene Fliegerunfall mit größter Wahnscheinlichkeit verantwortlich zu machen, trotzdem äußerlich keine Residuen einer Kopfverletzung vorliegen. Es liegt wahrscheinlich eine traumatische Zyste vor.

Neben der Genese ist der vorliegende Fall noch dadurch bemerkenswert, daß er, obgleich der Krampfanfall ganz zirkumskript auftrat, doch im Bewußtseinsverlust, unwillkürlichem Urinabgang und Zungenbiß Symptome der genuinen Epilepsie aufwies. Interessant war noch die Beobachtung, daß der Anfall begünstigt wurde, wenn der Patient die Form des Krampfes mit der am Krampf beteiligten Hand vormachte. Die Vorstellung des Krampfes ist schon gleichbedeutend mit einer Reizsetzung an der zirkumskript geschädigten Hirnrindenpartie.

Aus dem Pathologischen Institut (Prof. Dr. A. Dietrich).

Über doppeltes Karzinom des Ösophagus.

Von

Hubert Ditges aus Köln.

Mehrfache Neubildungen in einem Körper, besonders gutartige, sind ein häufiges Vorkommnis, wobei in dem einen Fall der Zufall eine Rolle spielt, in anderen Fällen gleiche Vorbedingungen oder ein Abhängigkeitsverhältnis bestehen, letzteres besonders bei Kombination von gutartigen und bösartigen Tumoren. Unter den mehrfachen, primär entstandenen Neubildungen nehmen die malignen das meiste Interesse in Anspruch. Die Unterscheidung, ob primäre Multiplizität oder ein Abhängigkeitsverhältnis im Sinne der Virchowschen Lehre von Primärtumor und Metastasen vorliegt, ist oft sehr schwierig. So kann ein Primärtumor, wenn er sehr klein ist oder versteckt liegt, übersehen werden, oder sekundäre Tumoren, die nach Operation der Primärgeschwulst entstehen, können als primäre imponieren. Bei multiplen Karzinomen wird die Diagnose oft durch die morphologischen Unterschiede und die anatomischen Verhältnisse des meist zur Aussaat benutzten Lymphweges erleichtert. Die drei Billrothschen Gesichtspunkte sind zu streng und kommen nur für einen geringen Prozentsatz von multiplen Tumoren in Betracht. Nach ihnen müßten besonders alle multiplen Karzinome der Haut oder einer Schleimhaut, die also gleiche anatomische Struktur besitzen, ausgeschlossen werden. Auch die beiden anderen Forderungen sind nicht immer zu erfüllen. Multiple Karzinome des Ösophagus sind verhältnismäßig selten beschrieben worden und für einen Teil der beschriebenen Fälle wird die Möglichkeit einer anderen Entstehungsweise zugegeben.

Bei einem 59jährigen Patienten, der in der Hals-, Nasen- und Ohrenklinik (Prof. Dr. Preysing) mit der Diagnose Carcinoma laryngis in Behandlung war, fand sich bei der Sektion im Pathologischen Institut außer einem halbkugeligen, höckerigen, halbhaselnußgroßen Knoten im rechten Sinus piriformis in der Höhe der Bifurkation beginnend eine zweite 12 cm lange Geschwulst, die im oberen Teil ulzeriert, im unteren Teil zu einem in das Lumen hineinragenden Zapfen ausgewachsen war. Die anatomische Diagnose lautete: Doppeltes Karzinom des Ösophagus, besonders großes zerfallenes Karzinom an der Bifurkation. Gangränherd des rechten Unterlappens mit putrider Bronchitis und Pneumonie. Allgemeiner Marasmus, Atherosklerose der Aorta.

Mikroskopisch erwiesen sich beide Tumoren als Plattenepithelkarzinome. Der obere Tumor zeigt zwei Anteile, die aber doch als einheitlich aufzufassen sind. Es finden sich neben zahlreichen Zapfen mit hohen, stellenweise fast zylindrischen Zellen an der Basis und unbestimmten, unregelmäßigen Zellen nach der Mitte zu Wucherungen von ausgesprochenem Plattenepithelcharakter, die sich unter den unbestimmtzelligen Teil herunterschieben. Ausgesprochene Hornperlen sind nicht vorhanden. Der untere Tumor weist im oberen und unteren Teil Nester von typischem Plattenepithelcharakter auf, doch besteht gegenüber dem oberen Tumor die Neigung zu bizarren Zellformen und Zerfall, also ein Zeichen einer starken Wachstumsneigung. Der gleiche histologische Charakter gibt demnach keine Aufklärung der Frage, ob hier zwei autochthone Karzinome vorliegen. Es bliebe noch die Möglichkeit der Implantation oder der Metastasierung auf dem Lymph- oder Blutwege. Die Erfahrung hat gelehrt, daß die Frage von der Implantationsmöglichkeit auf epithelbedeckte Oberflächen mit größter Vorsicht zu behandeln ist. Es liegt in diesem Falle keine Veranlassung vor, eine Implantation anzunehmen. Gegen eine Metastasierung auf dem Lymphwege spricht das Fehlen von Zwischenknötchen und von Metastasen am Hals. Eine Verschleppung auf dem Blutwege ist ganz unwahrscheinlich, da sonst keine Metastasen vorhanden sind. Aus diesen Gründen ist also der Schluß berechtigt, eine doppelte primäre Neubildung anzunehmen, wenn ein absoluter Beweis auch nicht erbracht werden kann.

Die Seltenheit doppelter Karzinome im Verhältnis zu der großen Zahl der einzeln auftretenden Krebsneubildungen drängt die Frage nach der Ursache dieser Erscheinung auf. Mit der Cohnheimschen Theorie von den embryonalen Keimversprengungen ist diese Frage nicht gut zu vereinen, eher mit der Reiztheorie, doch bleibt dann noch ungeklärt, warum nicht häufiger multiple primäre Karzinome entstehen. Es muß angenommen werden, daß in den meisten Fällen ein heranwachsendes Karzinom im Sinne der atreptischen Immunität Ehrlichs hemmend auf vielleicht sonst noch vorhandene, zur krebsigen Entartung schon vorbereitete Gewebsstellen einwirkt.

Über Nebenverletzungen bei Sondierung, Erweiterung und Ausschabung des Uterus.

Von

Adolf Simons aus Köln a. Rh.

Perforationen im Genitale bei ärztlichen Eingriffen werden fast ausschließlich durch Instrumente, deren falsche oder unvollkommene Anwendung hervorgerufen. Der weit geringere Teil beruht auf pathologischen Veränderungen der Genitalorgane. Von den Instrumenten stehen an erster Stelle die Zangen, dann folgen die Küretten, darauf die Sonden. Digital sind nur ganz vereinzelte solche Unglücksfälle bekannt.

Therapeutisch stand man früher auf dem ganz radikalen Standpunkt der Exstirpation bei jeder Verletzung wegen der Gefahr einer folgenden Peritonitis. Im letzten Jahrzehnt ist diese gewiß übertriebene, mit Opferung manches, noch funktionstüchtigen Organs einhergehende Vorsicht zugunsten der erhaltenden Methode verlassen worden. Nur bei ganz naheliegendem Verdacht oder schon bestehender Infektion exstirpiert man das verletzte Organ. Allgemein anerkannt ist die besonders von der Bummschen Schule erfolgreich durchgeführte und gelehrte Methode der Extraperitonealisierung, d. h. die Perforationswunde wird genauest genäht, von der Bauchhöhle durch Bedeckung mit Peritoneum oder Netz oder Darm sorgfältigst abgeschlossen. Auch extraperitoneale Verletzungen sind per laparotomiam zu behandeln, da nur sie einen guten Überblick über die Wundverhältnisse und Sicherheit der Versorgung bietet.

Ein solcher extraperitoneal perforierter Fall mit Anreißung der Art. uterina und Bildung eines intraligamentären Hämatoms lag in einem Fall der Füthschen Klinik vor: 24jährige Frau, längere Zeit wegen Blutungen in ärztlicher Behandlung. Jetzt unmittelbar im Anschluß an einen in Narkose vorgenommenen Eingriff ohne Anamnese in sehr anämischem, fast pulslosem Zustand in die Klinik eingeliefert; sofortige Laparotomie ergibt ein doppelt mannsfaustgroßes Hämatom zwischen den Blättern des Lig. lat. und einen noch spritzenden Ast der Art. uter. Unterbindung, Absetzung von Tube und Ovarium links, Einnähen des Hämatozelensacks in die Bauchdecken, Fixierung des Uteruskörpers, Absetzen der rechten Tube, Tamponade und Dränage des Blutsacks und Schluß der Bauch-

decken. Nach 6 Wochen geheilt. Später erfuhr man, daß bei der Dilatation mit Hegar 6 der Stift plötzlich in der Tiefe verschwunden und starke Blutung und Kollaps eingetreten sei.

An einer großen Anzahl ähnlicher Fälle aus der Literatur der letzten 20 Jahre wird die Häufigkeit dieser Unglücksfälle dargetan.

Ätiologisch sind die Fälle, wie schon erwähnt, außer auf Instrumente auch auf pathologische Veränderungen zurückzuführen, in der Praxis wohl meist auf Zusammentreffen beider Momente. Stauungen, Traumen, Metritis, Endometritis, Adnex- oder peritoneale Erkrankungen, häufige Geburten und intrauterine Eingriffe disponieren ebenso wie maligne Neubildungen (Sarkom, Karzinom, Blasenmole) besonders zu Brüchigkeit der Wand oder fettiger Entartung der Muskulatur und damit zur Perforation.

Das Wichtigste ist jedoch nicht die Perforation selbst, sondern die Diagnose. In jedem Falle, in dem man bei einem nicht graviden, nicht puerperalen Uterus das operierende Instrument plötzlich tiefer eindringen fühlt, als der vorher festgestellten Uteruslänge entspricht, muß man eine Perforation annehmen und nicht zu einer Annahme von Tubensondierung oder Uterusparalyse seine Zuflucht nehmen. Die Literatur lehrt den üblen Ausgang der nicht erkannten Fälle. (Komplikationen durch Darmverletzung oder Exitus.)

In der Therapie geht man allgemein operativ-konservativ vor, stets durch Laparotomie. Beabsichtigte man keine, so verwandelt man die geplante Operation in eine Laparotomie um. Bei Zangen- und Kürettenperforationen laparotomiert man immer, bei Perforationen bei diagnostischer Sondierung verordnet man strengste Bettruhe, Eisblase und Opium. Intraperitoneale Verletzungen extraperitonealisiert man, was bei der verschiedenen Sitzmöglichkeit oft mit Schwierigkeiten verbunden ist. Bei Verletzungen im Fundus, an der vorderen oberen Wand, zieht man einfach das Korpus nach vorn, vereinigt beide Peritonealränder an der Rückseite, fixiert sie rings und vernäht die dem Uterus anliegenden Teile haubenartig über ihm, so daß der Fundus und die Wunde außerhalb der Bauchhöhle liegt. Bei Verletzungen der Hinterwand wälzt man den Uterus ganz herüber, solche der Parametrien deckt man mit Adnexen oder Darm und beschränkt so eventuelle Infektionen lokal.

Zur Vermeidung der Perforationen wird digitale Ausräumung empfohlen: die Finger zur Loslösung, nicht zangenartige Instrumente nur zur Herausbeförderung bereits gelöster Eiteile, dabei Überwachung der innerlich operierenden Hand durch die außen befindliche. Wirklich gesetzte Perforationen soll man sofort in spezialistische Behandlung geben, wenn man nicht durch verschlimmerndes Warten gerichtliche Verfolgung sich zuziehen will.

Aus der Chirurgischen Klinik der Lindenburg
(Geheimrat Prof. Dr. Tilmann).

Das gehäufte Auftreten von Brucheinklemmungen im Weltkriege besonders im Jahre 1917, beleuchtet an der Kasuistik der Chirurgischen Klinik der Lindenburg in Köln.

Von

Gottfried Meeßen aus Aachen.

Die erneute Aufnahme der Herniendiskussion ist begründet nicht etwa in einer Änderung der Operationsmethoden, sondern in der Häufung der Fälle; und dieses gehäufte Auftreten der eingeklemmten Brüche ist wie andere Kriegskrankheiten als ein Folgezustand der mangelhaften Ernährungsverhältnisse zu betrachten. Das zeigt uns ein Vergleich zwischen dem Material der Friedens- und Kriegsjahre (1909—1919) der Chirurgischen Klinik der Lindenburg in Köln (Direktor Herr Geheimrat Prof. Dr. Tilmann).

Im Jahre 1917, das dem sogenannten Steckrübenjahr folgte, kommen 61 eingeklemmte Brüche zur Operation im Vergleiche zu 9 im Jahre 1912, also fast 7mal soviel. Rein zahlenmäßig haben wir folgende Verhältnisse.

Operierte inkarzerierte Hernien:

121, davon 41 Männer, 80 Frauen		
	Männer	Frauen
1909: 2	2	—
1910: 1	1	—
1911: 13	7	6
1912: 9	5	4
1913: 7	1	6
1914: 4	4	—
1915: —	—	—
1916: 2	1	1
1917: 61	17	44
1918: 19	3	16
1919: 3	—	3
121	41	80

Überblick über die Brucharten:

	Hern. ing.		Hern. fem.		Übrige Arten:	
	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.
1909	1	—	—	—	lin. alb. 1	—
1910	—	—	1	—	—	—
1911	6	—	1	5	—	umbil. 1
1912	5	1	—	3	—	—
1913	1	2	—	4	—	—
1914	4	—	—	—	—	—
1915	—	—	—	—	—	—
1916	1	—	—	—	—	umb. 1
1917	11	3	4	41	umb. 2	—
1918	3	2	—	13	„ 1	—
1919	—	—	—	2	—	umb. 1
	32	8	6	68	4	3

Ein Vergleich der Brucharten zeigt gegenüber Friedensjahren insofern eine Verschiebung, als die sonst bei Männern seltener beobachteten Kruralhernien sich um 3 Proz. erhöhen und wir bei

Frauen sogar die achtfache Zahl finden (vgl. 1917!). Die Leistenbrüche haben sich verdoppelt und die Eigentümlichkeit des gesteigerten Vorkommens von Schenkelhernien beim Manne findet ein Analogon in der Zunahme der Inguinalhernien beim Weibe.

Daß diese Unterschiede nicht rein zufällige, sondern durch veränderte Lebensbedingungen hervorgerufene sind, finden wir schon in den Ausführungen von König, Wiemann, Doose u. a. erwähnt. Und Kocker weist in seinen Angaben über den Vorgang bei der Brucheinklemmung namentlich auf den Darminhalt hin, der je nach seiner Beschaffenheit für das Zustandekommen einer Inkarzeration mit verantwortlich zu machen ist.

Dieser war in der Kriegszeit in der Tat ein ganz anderer wie im Frieden. Ganz besonders verursachte das stark kleiehaltige unbekömmliche Brot eine nachteilige Zellulosegärung.

Doch noch mehr als der anders gestaltete Darminhalt mußte die überhaupt ungenügende Ernährung zur Brucheinklemmung disponieren. Starke Resorption des Fettes, Abmagerung, verminderte Widerstandsfähigkeit, Schlaffheit und Dehnbarkeit des Peritoneums waren die Folgen der unzureichenden und mangelhaften Nahrung und trugen Schuld an der Häufung der Inkarzerationen. So finden wir denn auch in den Krankenblättern von Jahr zu Jahr den Ernährungszustand mangelhafter werden.

Eine Kölner Erscheinung möchte ich nicht unerwähnt lassen, weil sie mich in meiner Ansicht über die ungenügende Ernährung als Faktor bei der Inkarzeration zu bestärken scheint. Während in anderen Arbeiten eine Zunahme der Einklemmungen bei Männern hervorgehoben wird, finden wir das in Köln nicht. Im Gegenteil waren, wie auch wohl im Frieden, die Mehrzahl der Kranken Frauen, und zwar war die Anzahl ungewöhnlich groß gegenüber den Friedensjahren, sie war zwei- bis dreimal so groß. Wie ist das wohl zu erklären? Die meisten Männer standen als Soldaten unter weitaus günstigeren Ernährungsbedingungen als die Frauen, die mit ihren ihnen von den Behörden zugewiesenen oft allzu kargen Rationen haushalten mußten und dazu Arbeiten zu verrichten gezwungen waren, an die ihr Körper nie gewöhnt und für die er von Natur nie eingerichtet war.

Unter 10 Jahren kamen 8, unter 35 Jahren 10, über 60 Jahre 45 Fälle zur Operation, so daß die Verteilung der einzelnen Fälle auf die verschiedenen Lebensalter keine wesentliche Verschiebung erfährt. Die größte Mehrzahl der Kranken hatte 50 Jahre überschritten und meistens war das höhere Alter durch die unglücklichen Verhältnisse ja auch am schlimmsten betroffen.

Von den 121 Fällen waren 10 plötzlich in Erscheinung getreten, 26 in durchschnittlich 2—10 Tagen und alle übrigen schon Monate oder Jahre vorhanden gewesen.

Die Operationsbefunde sprechen häufiger von Entzündungserscheinungen wie im Frieden. Bei 9 Patienten war die Entzündung auf den Darm übergegangen und in 2 Fällen der Appendix mit ergriffen.

Diese letzteren Erscheinungen erforderten ein dem Einzelfalle entsprechendes operatives Vorgehen, während im allgemeinen die typisch klassischen Methoden ausgeführt wurden.

Die Operationsresultate waren außerordentlich günstige. Von den 121 Fällen starben 13 und von diesen 13 zwei im ersten Lebenshalbjahr, sechs im achten Jahrzehnt, wo außer der akuten Krankheitsursache auch die Alterserscheinungen mit in Betracht zu ziehen sind und einer, der wohl einer schweren diffusen Peritonitis (vgl. Sektionsbefund) erliegen mußte.

Aus der Chirurgischen Klinik Augusta-Hospital
(Prof. Dr. Frangenheim).

Zur operativen Behandlung der Thymushyperplasie.

Von

Carl Wirtz.

Stark umstritten in der Pathologie der Thymus ist vor allem der Zustand der Hyperplasie mit seinen Folgen. Sie wird angeboren, wie in jedem Alter beobachtet. Im letzteren Falle vergrößert sich die Drüse wechselnd stark, oder sie besteht noch nach der Pubertät in ziemlicher Größe weiter. Man spricht dann von einer Thymus persistens, sonst von eigentlicher Hyperplasie. Anatomisch findet man bei Thymushyperplasie meist Markhyper- und wechselnd starke Rindenhypoplasie. Je nach Länge, Dicke und Gewicht der vergrößerten Thymus, sowie den Raumverhältnissen von Thorax und Luftröhre und dem Alter des Patienten kommt es zu wechselnd starken Druckerscheinungen innerhalb des Thorax, und zwar auf Trachea, Ösophagus, Vagus, Herz und die großen Gefäße, wodurch sehr oft ganz plötzlicher Tod bedingt wird. Diese Möglichkeit wurde lange Zeit von vielen Seiten geleugnet; heute, nach vielen einwandfreien Operations- und Sektionsbefunden, muß sie als erwiesen angesehen werden. Wie weit auch das quantitativ und qualitativ veränderte spezifische Sekret der Drüse den Tod bedingen kann, ist nicht festgestellt.

Bei diagnostizierter Thymushyperplasie und gleichzeitiger bedrohlicher Tracheostenosis thymica oder anderen schon erwähnten Druckerscheinungen ist ein chirurgischer Eingriff unbedingt indiziert. Die guten Operationserfolge, das schnelle Aufblühen der Patienten nach der Operation sprechen absolut für den Wert und die Notwendigkeit des Eingriffs.

Ein in der Kölner Chirurgischen Universitätsklinik Augustahospital beobachteter Fall liefere einen Beitrag zu den bisher vorliegenden Veröffentlichungen von operativ beseitigter Thymusdruckwirkung:

Clara R., 5 Wochen alt. Klinische Diagnose: Kongenitale Thymushyperplasie, multiple Hämangiome.

Seit 14 Tagen Atemnot, und zwar soll das Kind beim Schreien die Nasenflügel weit gebläht haben. Es ist dies der Ausdruck, den die Mutter zur Beschreibung des Zustandes gebraucht. Beim Schreien manchmal Zyanose, dagegen ist Stridor nicht bemerkt worden.

Befund:

Seinem Alter entsprechend aussehendes Kind. Das Jugulum ist infolge tiefer Ausbuchtung des Sulcus sterni weiter als normal. Beim Schreien erscheint im Jugulum vom Mediastinum her eine etwas überhaselnußgroße, mäßig konsistente Geschwulst, die beim Nachlassen des Druckes des Thorax von selbst wieder verschwindet. Die Geschwulst ist auch während der Ruhe nicht zu sehen. Das Schreien des Kindes klingt manchmal ganz heiser.

Krankheitsverlauf:

18. VI. Operation in Allgemeinnarkose (Prof. Dr. Frangenheim). Kragenschnitt über dem Jugulum und Loslösung des makroskopisch normal aussehenden, oberen Thymuspoles aus der äußerst feinen durchsichtigen Drüsenkapsel.

Exstirpation zweier zusammen 8 g wiegender, zapfenförmiger Thymuslappen.

Naht der Kapsel. Hautnaht. Blutung ganz gering.

25. VI. Fäden werden entfernt. Primäre Wundheilung. Das Kind hat den Eingriff auffallend gut überstanden. Keine Spur von Atemnot mehr.

Kohlensäurebehandlung des Hämangioms über dem Sternum.

28. VI. Entlassung in poliklinische Behandlung.

Während derselben zeigt sich ein rapides Wachstum der Hämangiome vor dem rechten Ohr. Keine Atemnot mehr. Beim Schreien wölbt sich der obere Pol der resezierten Thymus ins Jugulum vor.

Anfang September: Exitus. Das Kind soll dauernd schlecht getrunken haben.

Die Atemnot, das weite Jugulum und die in ihm beim Schreien erscheinende Geschwulst, sowie das heisere Schreien hatten zur Diagnose Thymushyperplasie und dadurch bedingter Tracheostenosis thymica geführt. Die Operation brachte, wie oben beschrieben, die Erscheinungen sofort zum Schwinden. Die Atemnot hörte sogleich auf, stellte sich auch in der Folgezeit nicht wieder ein. Der Tod etwa 2 1/2 Monate nach der Operation wird durch Ernährungsstörungen bedingt gewesen sein, die sich infolge des langen, schlechten Trinkens des Kindes eingestellt haben.

Die orale Mandibular-Anästhesie im Felde.

Von

Rudolf Spanner.

Es treten nach Mandibular-Anästhesie, selbst bei Verwendung pharmazeutisch einwandfreier Lösungen, sehr häufig Nachschmerzen in Form von Kieferklemme und Schluckschmerzen auf.

I. Es treten diese Erscheinungen durch ungeschicktes Injizieren auf: der M. constrictor pharyngis superior sowie der M. pterygoideus internus werden durch ungeschickte Nadelführung infiltriert.

Nachgewiesenermaßen wird nun in lockeres Bindegewebe injiziertes Novokain nach Ablauf der Anästhesie schnell wieder resorbiert, während im Muskelgewebe injizierte Novokainlösungen noch tagelang im Muskel verweilen und denselben bretthart infiltrieren. Ich habe selbst durch folgende Experimente und Erlebnisse diese Form von Nachschmerzen bestätigt gefunden.

Ich führte eine Tonsillenanästhesie nach Heimann an einem Patienten mit 10 ccm ½proz. N-S-Lösung aus und bei dem Einstich am unteren Ende des vorderen Gaumenbogens stach ich die Nadel schräg vom gegenüberliegenden Eckzahn ein und geriet etwas zu tief in den M. pterygoideus internus, in welchen ich ca. 2 ccm ½proz. N-S-Lösung injizierte. Der Patient bekam eine 5 Tage lang anhaltende ziemlich erhebliche Kieferklemme. Dies war mir eine Warnung für die Mandibularanästhesie, bei der man natürlich aus den anatomischen Verhältnissen sehr deutlich ersieht, daß Infiltration des Pterygoideus internus bei falscher Nadelführung immer vorkommen muß. Um dasselbe nochmals auf seine Richtigkeit zu prüfen, injizierte ich mir gleich von außen durch die Haut ½ ccm ½proz. N-S-Lösung in den linken Masseter und bekam nach 1½ Stunden, als die Anästhesie erloschen war, ein erhebliches Druckgefühl und eine ausgesprochene Kieferklemme, die mir 2½ Tage große Beschwerden verursachte. Dieses Verhalten der infiltrierten Muskeln findet in den chirurgischen Büchern keine Erwähnung, da der Chirurg seine infiltrierten Muskel durchschneidet und der größte Teil der Flüssigkeit wieder herausläuft.

Damit die Frage der Sekundärinfektion nicht entgegengeworfen werden kann, führte ich noch folgenden Versuch an mir selbst aus. Ich übte die Anästhesie bei Exartikulation des Daumens im Grundgelenk und stach mir etwas oberhalb des Grundgelenkes des Daumens

vom Handrücken durch die Haut und infiltrierte stark den M. adductor pollicis, bis ich unter der Haut des Thenar mit der Nadelspitze anlangte. Dann umspritzte ich noch vorschriftsmäßig die Haut der Vola und des Dorsum oberhalb des Gelenkes der Grundphalange des Daumens. Nach Abklingen der Anästhesie hatte ich keine Beschwerden von seiten der Haut, nur der infiltrierte Adductor pollicis und der ganze Thenar waren 3 Tage enorm druckempfindlich und in der Bewegung behindert.

Dasselbe erlebte ich noch einmal bei einer Injektion, die ich mir in den Gastrocnemius machte: 3 Tage lang Gang in Spitzfußstellung.

II. Es können aber manchmal trotz des geschicktesten Injizierens Kieferklemmen auftreten, und zwar durch Infiltration einer im Injektionsgebiet gelegenen, stark entwickelten Sehnenplatte. Diese ist eine Verlängerung der Sehne des M. temporalis, die in der Gegend des Trigonum retromolare inseriert. Diese Sehnenplatte ist am stärksten neben dem Ramus ascendens ausgeprägt und hat nach medial einen freien Rand, der noch eine Lücke zwischen dem Pterygoideus internus läßt, da die Sehnenplatte den M. pterygoideus internus nicht erreicht. Diese Sehnenplatte ist ein Streifen, der 0,5—0,7 cm breit ist und eine zwischen 0,5 mm und 5 mm schwankende Dicke hat. Der mediale Rand ist erheblich dünner als der laterale Rand der Sehnenplatte. Diese Sehnenplatte liegt unmittelbar im Wege bei dem Einstich, und zwar direkt unter dem Constrictor pharyngis superior. Man bemerkt sie fast regelmäßig als das Hindernis, welches auftritt, wenn man vorschriftsmäßig unmittelbar 1 cm über und lateral von der Zahnreihe einsticht und dann auf einmal nicht weiter in die Tiefe kann, da man einen derben Widerstand fühlt und Patient heftige Schmerzen äußert. Die Infiltration dieser Sehnenplatte ist für den Patienten schon während der Anästhesie sehr schmerzhaft und bedingt besonders nach Ablauf der Anästhesie eine erhebliche Kieferklemme. Auch die nötige Verletzung der Sehnenplatte ohne Infiltration derselben trägt schon viel zum Auftreten von Nachschmerzen bei.

III. Auch ist manchmal 5 ccm 2proz. N-S-Lösung eine zu große Injektionsmenge. Deshalb habe ich eine Novokainlösung zusammengestellt, welche in der Hälfte der Menge eine ebenso starke und schnelle Wirkung entfaltet. Ich verwende 2 ccm 4proz. Novokainlösung und setze aber nur 0,000125 Suprarenin zu. Dieser geringe Suprareninzusatz bei einer 4proz. Lösung bedingt ein schnelleres Diffundieren in die Nervenstämme, ohne daß dabei die Anästhesie zu rasch abklingt. Sie ist absolut gefahrlos, werden doch bei der Kuhlenkampfschen Plexusanästhesie allein 10 ccm 4proz. Novokainlösung in die Nervenstämme injiziert. Die Dauer der Anästhesie

ist 35—40 Minuten; ich habe diese Form der Anästhesie einmal an mir ausführen lassen.

IV. Um Nachschmerzen zu vermeiden, ist endlich noch zu berücksichtigen, daß nach beendetem operativen Eingriff oder im allgemeinen am Ende der Anästhesie man den Patienten öfters den Mund maximal öffnen und wieder schließen läßt; denn die technisch geschicktest gemachte Anästhesie bedingt immer eine geringfügige Behinderung im Mundöffnen durch den Druck des Injektionsdepots, welches durchschnittlich erst nach 36—48 Stunden resorbiert wird. Wenn man den Patienten nun vor dem Entlassen darauf aufmerksam macht, daß diese unvermeidlich ist und ihm empfiehlt, in der ersten Stunde nach dem Eingriff öfters exerziermäßig den Mund zu öffnen, dann hat er beim Kauen die beiden ersten Tage nur ganz unbedeutende Beschwerden.

Um den Nachschmerz prophylaktisch bis auf ein Minimum herabzusetzen, empfiehlt es sich, jedem Patienten nach beendetem Eingriff zwei Pulver Azetylsalizylsäure 0,5 und 1 Pulver Pyramidon 0,3 mitzugeben, mit der Weisung, diese drei Pulver getrennt im Abstande von $^1/_2$ Stunde zu nehmen.

Aus der Psychiatrischen Klinik der Universität Köln
(Direktor Prof. Dr. Aschaffenburg).

Zur Kasuistik der Kokainpsychosen.

Von

Josef Scherer.

Als Beitrag zur Kenntnis der Kokainpsychosen seien die seit 1907 in der Psychiatrischen Klinik der Universität Köln beobachteten Fälle von chronischem Kokainismus mit psychotischen Folgezuständen mitgeteilt. In den drei Fällen haben wir es nicht mit reinem Kokainismus, sondern mit der Kombinationsform des Morphio-Kokainismus zu tun. Die geringe Zahl der im Laufe von 12 Jahren in der genannten Anstalt behandelten Fälle von Kokainpsychosen spricht für eine erfreuliche Abnahme der Krankheit im Gegensatz zu dem gehäuften Vorkommen derselben in früheren Jahren.

Unter den 3 eingehend beschriebenen Fällen handelt es sich in Fall I um einen Menschen, der zuerst gelegentlich Morphium, seit 3 Jahren gewohnheitsmäßig Morphium und Kokain spritzte. Die ersten Halluzinationen traten etwa 8 Monate nach dem habituellen Gebrauch der Gifte auf. Es zeigten sich zuerst Sinnestäuschungen auf akustischem Gebiete, denen sich schon in der folgenden Nacht solche haptischer und optischer Art hinzugesellten. Die Sinnestäuschungen bestanden längere Zeit fort, besonders die Gehörshalluzinationen, unter denen Patient ständig zu leiden hatte. Unter ihrem Einfluß entwickelten sich Verfolgungsideen, so daß der Kranke sich nirgends mehr sicher glaubte. Den mehrfachen Entziehungskuren folgten stets nach mehr oder weniger kurzer Zeit Rezidive, bei denen alsbald die Sinnestäuschungen und Wahnideen wieder zum Vorschein kamen.

Im Fall II haben wir es mit einem langjährigen Morphinisten zu tun, der aus irgendwelchem Grunde auch noch zum Kokain griff. Wir sehen bei ihm Halluzinationen verschiedener Art, besonders Gefühls- und Gehörstäuschungen, zu denen Verfolgungswahn mit Beeinträchtigungsgefühl hinzukam. Aus den zahlreichen Kratzeffekten und Wunden darf man auf besonders starke Gefühlstäuschungen schließen. Bei der 3. Aufnahme beobachtete man Eifersuchtsideen. Trotz wiederholter Entwöhnungskuren blieben Rezidive mit psychotischen Folgen nicht aus.

Nach Angabe der Angehörigen gebrauchte Dr. R. vor der 3. Aufnahme in die Klinik nur wenig Morphium, dagegen viel Chloral.

Inwieweit die Psychose mit dem Chloral in Beziehung zu bringen ist, läßt sich schwer sagen. Daß nach unmäßigem Gebrauch von Chloralhydrat gelegentlich psychotische Zustände zur Beobachtung kommen, steht fest (Schroeder, Intoxikationspsychosen 1912, in Aschaffenburg, Handbuch der Psychiatrie). Ob jedoch die Angaben der Verwandten sachlich richtig sind, dürfte zum mindesten bezweifelt werden. Jedenfalls kann man auf Grund der Aussagen eine Mitbeteiligung des Kokains beim Zustandekommen der Psychose nicht ausschließen, zumal sich gezeigt hat, wie groß bei ihrer sonstigen Willenlosigkeit die Energie der Kokainisten in der Beschaffung des Mittels ist.

Fall III akquirierte ebenfalls zu seinem chronischen Morphinismus die Kokainsucht. Wie lange und in welchen Mengen er Kokain injizierte, ist aus der Anamnese nicht ersichtlich. Jedenfalls trat bei ihm nach dem Kokainmißbrauch der körperliche und moralische Verfall in unverkennbarer Weise hervor. Er bekam Geruchs- und Geschmackshalluzinationen und äußerte Vergiftungs- und Verfolgungsideen.

Vergleichen wir nun die mitgeteilten drei Fälle mit dem aus der Literatur bekannten Bilde der Kokainpsychose, so bieten dieselben keine wesentliche neuen Züge. Im Fall I beginnt die Psychose mit Halluzinationen des Gehörs, die überhaupt während des ganzen Verlaufes der Krankheit im Vordergrund stehen. Auch Gefühls- und Gesichtstäuschungen treten hervor, werden aber bald durch die stärkeren Gehörstäuschungen verdrängt. Hervorzuheben ist, daß bei den haptischen Halluzinationen keine unter der Haut sitzende kleine Tierchen im Sinne des Magnanschen Zeichens gefühlt werden, sondern M ä u s e, die zwischen den Fingern zappeln, wieder entweichen und über den Körper des Patienten rennen. Zumeist hört Dr. K. Stimmen, die zuerst mehr harmlosen Inhaltes, bald einen verfolgenden Charakter annehmen. Die Stimmen sagen dem Kranken, er solle sich melden, er sei der Mörder der Frau Z. Es entwickelt sich ein Wahnsystem, so daß Patient in steter Angst schwebt, verhaftet zu werden. Verschiedentlich sieht er sich von Leuten mit Revolver bedroht, Verfolger auf sich zukommen, um ihn zu verhaften. Nach Aussetzen des Kokains schwinden sämtliche psychotischen Störungen sofort, um nach erneuter Anwendung des Mittels wieder zu erscheinen. Geruchs- und Geschmackshalluzinationen gelangen nicht zur Beobachtung, auch nicht Eifersuchtsideen.

Im Fall II bestehen starke Gefühlstäuschungen, so daß Patient sich am ganzen Körper zerkratzt und sich tiefe Wunden beibringt. Er hat weiterhin Gesichts- und Gehörstäuschungen, auf denen sich sein Verfolgungswahn aufbaut. Bei der 3. Aufnahme sehen wir außerdem Eifersuchtsideen. Der Kranke behauptet, der Stationsarzt habe mit seiner Frau — des Patienten Ehefrau — geschlechtlich

verkehrt und sie luetisch infiziert. Die Psychose klingt nach Entziehung des Kokains jedesmal in kurzer Zeit ab, tritt jedoch nach erneuter Zuführung des Narkotikums bald wieder auf.

Fall III zeigt Geruchs- und Geschmackshalluzinationen, aus denen sich Vergiftungs- und Verfolgungsideen entwickeln.

Die Prognose des chronischen Kokainismus ist nicht ganz schlecht. Wenngleich die Gefahr eines Rezidivs groß ist, so gelingt es doch nicht selten, dem Kranken das Kokain, evtl. auch dauernd zu entwöhnen und damit das weitere Erscheinen von Psychosen zu unterbinden und im körperlichen und geistigen Befinden eine wesentliche Besserung zu erzielen. Doch die Patienten vom meist gleichzeitig genommenen Morphium freizumachen, ist sehr selten. So erfuhr ich katamnestisch zu Fall II, daß der Kranke nach der letzten Entwöhnungskur vom Kokain freiblieb, während er Morphium bis zu seinem Tode weiterspritzte.

Aus der Chirurgischen Klinik Lindenburg
(Geheimrat Prof. Tilmann).

Ein Fall von Polydaktylie mit besonderer Berücksichtigung ihrer Erblichkeit.

Von

Simon Dorn.

Es ist eine Familie beschrieben, in der Polydaktylie bereits in der dritten Generation beobachtet wird. Abgesehen von den verschiedensten Variationen sind alle aufgeführten Mitglieder der Familie H. mit sechs Fingern und sechs Zehen behaftet.

Trotzdem wir in neuerer Zeit durch die Röntgenphotographie ein ausgezeichnetes Hilfsmittel in der genauen Beschreibung derartiger Mißbildungen erhalten haben, wissen wir doch über ihre Entstehung und erst recht über ihre Vererbung nichts Bestimmtes. Daß Polydaktylie erblich ist, steht wohl fest und ist durch eine Anzahl von Beispielen aus der Literatur zur Genüge erhärtet. Im übrigen erheben sich aber alle Versuche, die erbliche Übertragung von Bildungsanomalien zu erklären, nicht über den Wert von Hypothesen.

Die Theorie Zanders, die als Ursache der Entstehung der Polydaktylie Abschnürung durch Amnionfäden annimmt, kommt vielleicht für Querabschnürung ganzer Gliedmaßen oder einzelner Teile in Betracht, jedoch keineswegs für Zweiteilung einzelner Gliedmaßen, was durch Slingenberg auch widerlegt wurde. Erst recht liegt kein Grund vor zu der Annahme, daß sich derartig entstandene Mißbildungen vererben.

Abschnürung durch Amnionfäden sind sogenannte äußere Ursachen, die im Laufe der Entwicklung auf eine vorher normale Anlage einwirken. Die Wirkungen dieser äußeren Ursachen verhalten sich analog den Schädigungen, die der ausgebildete Organismus durch ähnliche Ursachen erleidet. Ebenso wie im späteren Leben erworbene Schädigungen des Organismus sich nicht vererben, vererben sich auch nicht die Mißbildungen, die durch Einwirkung äußerer Ursachen auf den Embryo entstanden sind.

Treten aber im Laufe der Entwicklung des Embryo ohne erkennbare äußere Einwirkungen Mißbildungen auf, so müssen diese auf einer fehlerhaften Beschaffenheit des männlichen oder weiblichen Keimes oder beider beruhen. Dies bezeichnet Marchand als innere Ursachen der Mißbildungen und es sind auch nur so entstan-

dene Mißbildungen erblich. Werden auf diese Weise gewisse Mißbildungen von einem Elternpaare oder einem Stammvater auf eine oder mehrere Generationen übertragen, so spricht man von einer direkten Vererbung. Eine derartige direkte Vererbung muß auch in unserem Falle angenommen werden, und zwar durch eine fehlerhafte Beschaffenheit des männlichen Keimes. Ursache und Erblichkeit der Polydaktylie sind demnach überhaupt nur in einer fehlerhaften Beschaffenheit der Keimanlage zu suchen, für die wir bisher jedoch noch keine Erklärung haben finden können.

Aus der Gynäkologischen Klinik (Direktor Prof. Dr. Füth).

Über den Scheidenverschluß und seine Folgen.

Von

Otto Schlingschröder aus Gladbeck i. Westf.

Es gibt keine Stelle der Vagina von der Vulva bis zur Portio, wo nicht ein Verschluß vorkommen kann. Im einfachsten Fall handelt es sich um epitheliale Verklebungen (Verklebungsatresien), die nur kurze Abschnitte betreffen. Doch auch ausgedehnte Verklebungen (Konglutination) der Vagina sind beobachtet. Den nächst höheren Grad der Atresien bilden die Narben. Sie werden im extrauterinen Leben erworben und können kürzere und längere Rohrabschnitte befallen. Endlich gibt es noch Atresien durch Verkümmerung (Defektatresien). Bei diesen kann der Verschluß so ausgedehnt und vollkommen organisiert sein, daß die Unterscheidung gegen Aplasie nicht möglich ist.

Nach der Entstehungszeit werden die Atresien eingeteilt in angeborene und erworbene, doch ist die Frage der Einreihung nicht für alle Atresien einstimmig gelöst. Vollständige Einigkeit besteht über die Atresien durch entzündliche, geschwürige oder gangränöse Prozesse. Diese können schon bei Säuglingen durch einfache Unreinlichkeit, Diarrhöe, Juckreiz von Prurigo oder Oxyuren oder Ekzem zustande kommen. Die gleichen Folgen können durch Tuberkulose, Syphilis und besonders gonorrhoische Vulvovaginitis bewirkt werden. Aber auch im Anschluß an akute Infektionskrankheiten entwickeln sich nicht selten vaginale Atresien, z. B. nach Scharlach, Masern, Pneumonie, Typhus, Dysenterie, Diphtherie, auch bei Cholera und Pocken sind sie beobachtet.

Zur Zeit der Geschlechtsreife entstehen Atresien durch Ätzungen, später durch Geburtsverletzungen, Pessare, Reizung durch Sekrete, z. B. bei Karzinom. Eine eigentümliche Erkrankung des höheren Alters ist die Colpitis ulcerosa adhaesiva.

Die angeborenen Atresien sind entweder primäre, echte Hemmungsbildungen, die nach Nagel nur mit Mangel oder rudimentärer Ausbildung des Uterus und der Adnexe vorkommen können. Sonst kommen sie nur bei doppeltem Genitalkanal vor. Die sekundären kongenitalen Atresien wurden auf fötale Entzündungen bezogen, sind aber nach der Veit-Nagelschen Theorie in früher Kindheit erworben.

Die Erscheinungen des vaginalen Verschlusses treten im Pubertätsalter auf und führen zum Hämatokolpos, weiter zu Hämatometra.

Die Bildung einer Hämatosalpinx setzt dabei einen entzündlichen Verschluß des Fimbrienendes voraus.

Anschließend wird der Fall eines Scheidenverschlusses bei einem 14 Jahre alten Mädchen besprochen, das aus gesunder Familie stammt. Vor 3 Monaten stellten sich Schmerzen im Unterleib ein, 2—3 Tage lang. Die Schmerzen wiederholten sich seither alle 4 Wochen. Seit 8 Tagen bestehen sie mit großer Heftigkeit.

Das mittelmäßig genährte Mädchen mit guter Entwicklung zeigt ein straffangespanntes Hymen, das sich ballonartig aus dem Scheideneingang vorwölbt. Das dahinter angesammelte Blut schimmert blau-schwarz durch, es läßt sich Fluktuation nachweisen. Per Rektum fühlt man einen über mannkopfgroßen, prall-elastischen Tumor. Uterus und Adnexe sind nicht abzutasten.

Zur genauen Feststellung wurde eine Probe-Laparotomie gemacht. Der Uterus erweist sich klein, stark in Elevation gedrängt durch die ballonartig vorgewölbte Hämatokolpos. Die Tuben sind intakt, die Fimbrienenden offen; aus dem rechten Tubenostium quillt bräunlich gefärbte Flüssigkeit.

Danach wurde in Steißrückenlage das stark vorgewölbte Hymen exzidiert. Es entleert sich unter starkem Druck etwa 25 ccm braunschwarzes, dickflüssiges Blut. Mehrere Katgutnähte umsäumen die Schnittwunde. Die Scheidenwand ist besonders im Fornix stark dilatiert, die Portio stellt ein kurzes, aufgelockertes Zäpfchen dar. Der äußere Muttermund klafft und nimmt die Fingerkuppe auf. Ausspülung mit Kochsalzlösung.

Nach 10 Tagen Entlassung. Die Operationswunde des Hymen ist gut vernarbt. Die Scheide hat sich zurückgebildet, auch im Fornix, und läßt wieder Faltenbildung erkennen. Portio geschlossen. Uterus antevertiert, flektiert. Adnexe frei.

Nach Besprechung der Operationsmethoden, die in der Literatur erörtert sind, auch der Scheidenplastik, wird die Prognose für spätere Konzeption und Gebärfähigkeit in dem vorliegenden Falle günstig gestellt.

Die Erkenntnis der Ätiologie der Scheidenverschlüsse und ihre Therapie ist ein bedeutendes Stück gefördert worden. Wichtig ist aber eine geeignete Prophylaxe, namentlich durch systematische Untersuchungen der Kinder.

Aus der Prosektur des Städt. Krankenhauses zu Mainz
(Prosektor Dr. G. B. Gruber).

Zur Frage der angeborenen Nierenverlagerungen.

Von

Hans Thomas aus Nierstein.

Unter rund 1800 Sektionen im Pathologischen Institut des Städtischen Krankenhauses in Mainz fanden sich 5 mal kongenital verlagerte Nieren und 5 mal Hufeisennieren, von denen 4 Fälle von Dystopie und eine Hufeisenniere einer genaueren Beschreibung gewürdigt werden.

Die Nierendystopie wird beim Manne etwas häufiger angetroffen als beim Weibe; die linke Seite wird vor der rechten bevorzugt, etwa in einem Verhältnis von 2 : 1. Die Fettkapsel ist immer mangelhaft ausgebildet und kann bei den höchsten Graden vollständig fehlen. Die Nebennieren werden regelmäßig an gewöhnlicher Stelle angetroffen, was aber nicht ausschließt, daß Teile der Nebenniere gelegentlich in und unter der Faserkapsel der Niere gefunden werden. Die Gestalt der dystopen Niere entspricht selten der der unverlagerten Niere, dagegen zeigt der Rauminhalt im allgemeinen keine Abweichungen. Der Hilus öffnet sich meist nach vorne, der Ureter ist meist bedeutend verkürzt, oft nur wenige Zentimeter lang.

Es wird darauf eingehender auf die Verlagerungsmöglichkeit einer oder beider Nieren eingegangen und festgestellt, daß sie an jeder Stelle sich dauernd finden kann, die sie normalerweise nur vorübergehend innehat bei ihrer caudocranialen Ortsverschiebung von der Ureterknospung am Endstück des Urnierenganges ausgehend bis zu ihrer definitiven Lage zwischen dem 11. Brustwirbel und der Intervertebralscheibe zwischen dem zweiten und dritten Lendenwirbel.

Je nach dem Zeitpunkt, an dem die Nierenanlage — aus unbekannten Ursachen — in der caudocranialen Verschiebung halt macht, wird die endgültige Niere mehr oder weniger tief angetroffen werden.

Da die definitive Lage der Niere erst bei Kindern von 1 bis 2 Jahren erreicht ist, so erstreckt sich die befristete Entwicklungszeit einer Nierendystopie, besonders bei solchen geringen Grades, bis in das postfötale Leben hinein.

Was nun die endgültige Lage der dystopen Niere anbetrifft, so wird sie besonders häufig in der Kreuzbeinhöhlung angetroffen. —

Auch Verlagerung einer Niere nach der gegenüberliegenden Körperseite und Dystopie beider Nieren sowie mannigfaltige Formen der Verwachsung beider Nieren finden sich bisweilen.

Am ausführlichsten sind die Gefäßverhältnisse behandelt, wobei, in der Hauptsache der Einteilung Anitschkows folgend, mit zahlreichen Literaturbelegen auf die Möglichkeiten der Gefäßversorgung eingegangen wird. 4 Typen werden aufgestellt:

1. Versorgung der Niere durch eine Arterie, welche aus der Aorta, und zwar häufig aus der iliakalen Aufteilungsstelle entspringt;
2. diejenigen Fälle, in denen außer dieser Art. renalis noch weiter Arterien aus der Aortengabelung oder darüber die Niere versorgen;
3. Ursprung der die Niere versorgenden Gefäße aus der Aorta und den großen Beckengefäßen;
4. Fälle, in denen die Niere keine Gefäße aus der Aorta, sondern nur aus den großen Gefäßen des Beckens erhält.

Im Anschluß an die Aufstellung dieser 4 Typen wird die Frage der Entstehung dieser merkwürdigen Gefäßverhältnisse behandelt. Verschiedene Theorien sind bereits früher überlegt worden. Es seien angeführt die von Alezais, welcher glaubte, daß die abnorme Gefäßausbildung primär sei und die Dystopie bedinge; die von Kollmann: Das primär gebildete Organ habe die Fähigkeit, Gefäßanschlüsse zu suchen und zu finden. Die Anschauung von Felix, die wohl heute allgemein gültig, ist die, daß in der Norm eine oder mehrere Urnierenarterien zu bleibenden Schlagadern der Nachniere werden.

Die Frage, woher die aus dem tiefen Becken caudocranial sich vorschiebende Niere ihr Blut erhält, wird bedeutend geklärt durch die Arbeiten von Helmina Jeidel, welche an injizierten Schweineembryonen feststellte, daß von der schwachen Art. sacralis media feine Äste abgehen, die einen Plexus in der Gegend des Ureters der Kloake und des Enddarmes bilden, sowie eine Anzahl kleiner seitlicher Äste, die in einem Plexus an der ventralen Fläche der Skleromeren anastomosieren.

Es folgt die Besprechung der venösen Verhältnisse, die analog denen der Arterien sind, nur daß sich noch bizarrere Formen finden. Besondere Erwähnung verdient das Vorkommen einer linksseitigen Vena cava inferior, wie sie verschiedentlich beobachtet wurde (übrigens auch bei normal gelagerten Nieren).

Ferner ein Verhalten wie in einem in dieser Arbeit geschilderten Falle, in dem die linke Vena hypogastrica in die rechte Vena iliaca communis mündet.

Es wird weiter auf das relativ häufige Zusammentreffen von Nierendystopie mit Mißbildungen der Genitalorgane erinnert.

Schließlich wird noch auf die praktisch ärztliche Bedeutung der Nierendystopie eingegangen und auf die Pathologie der verlagerten Niere.

Die teratogenetische Terminationsperiode für die abnorme Nierenlage ist sehr lange. Je tiefer die Niere gelegen ist, desto früher ist der Terminationspunkt der Entwicklungsstörung anzusetzen. Er fällt wohl in die zweite Hälfte des ersten Schwangerschaftsmonats. Für geringe Dystopie über dem kleinen Becken oder gar über dem Darmbeinkamme kann noch die postfötale Wachstumsperiode im ersten Lebensjahr verantwortlich sein, so daß also der Begriff der Nierendystopie durch Entwicklungsstörung mit der Bezeichnung „kongenital" nicht für alle Fälle erschöpft ist, sondern das Beiwort „infantil" in Frage kommen kann.

Formalgenetisch sind die merkwürdigen Gefäßverhältnisse nicht als primäre Störung, sondern als sekundäre, persistierende, begleitende, an die Nierenverlagerung gebundene Erscheinung zu betrachten. Diese Gefäßverhältnisse sind in der Ontogenie der normalen Nierenentwicklung begründet.

Kausalgenetisch bleibt die Frage der Nierendystopie weiterhin in Dunkel gehüllt.

Fremdkörper im Uterus.

Von

Wilhelm Otto aus Hürth.

Die erste und mit großem Sammeleifer angefertigte Zusammenstellung von Fällen über Fremdkörper im Uterus verdanken wir F. L. Neugebauer. Nach ihm hat noch Odefey 1902 weitere Fälle aus der Literatur zusammengetragen und zwei eigene Beobachtungen veröffentlicht.

Was die Symptome der Fremdkörper in der Gebärmutter anbelangt, so müssen vor allem drei Punkte berücksichtigt werden, und zwar ist

1. zu beachten, ob beim Eintritt des Körpers und Passieren des Gebärmutterhalses eine Verletzung stattgefunden hat;
2. kommt das Material, Größe und Form des Fremdkörpers in Betracht;
3. endlich noch die Dauer des Verweilens im Uterus.

Meistens kommt es zu einer starken Reizung und Entzündung, ferner zu mehr oder weniger reichlichem, oft übelriechendem Ausfluß, Schmerzen und Menstruationsbeschwerden. Erschwerend wirkt in allen Fällen auf das Krankheitsbild, wenn der Fremdkörper durch seine eigene Substanz noch dazu disponiert ist, reizend zu wirken. Bei Verdacht, daß sich ein Fremdkörper im Uterus befinde, kommen folgende drei Arten der Untersuchung zwecks Sicherung der Diagnose in Frage. Entweder wurde

1. der Versuch einer digitalen Untersuchung ohne künstliche Erweiterung gemacht in den Fällen, wo kurz vorher ein Abort oder Fehlgeburt stattgefunden hatte, oder
2. eine Sondierung des Uterus, oder wenn diese nicht zum Resultate führte
3. die Kürettage, indem mit leisen, langen Zügen, ein Zug den anderen überdeckend, die ganze Uterushöhle auskürettiert wurde.

In einigen Fällen wurde auch die Röntgendurchleuchtung angewandt bei Fremdkörpern aus Metall, meistens zu dessen Lagebestimmung.

Die Entfernung der Fremdkörper geschah nach vorheriger Dilatation meist digital oder mit irgendeiner langen Zange oder Pinzette. In anderen Fällen mußte man den Uterus spalten, um an den Fremdkörper zu gelangen.

Die Angaben über die Dauer des Verweilens der Fremdkörper im Uterus sind sehr verschieden. Es sind Fälle mitgeteilt, wo solche Körper bis zu 45 Jahren dort waren, ohne besondere Beschwerden verursacht zu haben. Meistens wurden in derartigen Fällen die Fremdkörper gelegentlich einer Operation oder Sektion entdeckt.

Es sind nun nicht nur solche als Fremdkörper zu betrachten, die von außen in die Gebärmutter gelangten, sondern es kommen auch solche Fälle in Betracht, wo entweder ein normales oder ein pathologisches Produkt des Uterus selbst oder seiner Umgebung die Wirkung eines Fremdkörpers ausübt. Neugebauer gibt deshalb in seiner vorhin erwähnten Schrift folgende Erklärung des Begriffes „Fremdkörper im Uterus". Nach ihm fallen unter diesen Begriff:

1. die von außen in die Uterushöhle absichtlich eingeführten oder zufällig eingedrungenen Fremdkörper, Pessarien, Sonden usw.;
2. Parasiten in der Uterushöhle: Echinokokken, Askaris usw.;
3. aus dem Körper durch Perforation der Uteruswand in die Uterushöhle eingetretene Fremdkörper, Fäzes, Eiter, Ovarialzysten usw.;
4. nach Uterusruptur oder instrumenteller Perforation in den Uterus eingetretene Darmschlingen, oder
5. in der Uterushöhle zurückgehaltene Sekrete und andere Produkte bei Haematometra usw.;
6. vom Uterusboden gebildete, teilweise gelöste Neoplasmen und deren Verkalkungsprodukte, die sogenannten Uterussteine;
7. die sogenannten Haargeschwülste des Uterus;
8. retinierte Schwangerschaftsprodukte bei missed abortion, missed Labours, Zurückhaltung abgestorbener Früchte, der Plazenta, Eihäute usw.;

Zu letzterer Gruppe erlaube ich mir aus der Literatur noch zwei weitere Beobachtungen, eine von Opitz und eine von Kleemann, sowie einen unveröffentlichten Fall aus der Kölner Universitätsfrauenklinik anzuführen. Im Falle Opitz handelt es sich um ein Knochenstück der Schläfengegend eines Fötus von 3 cm Länge und 1,5 cm Breite, das nach einer Entfernung des Fötus mit Kranioklast im Uterus zurückgeblieben war. Im Falle Kleemann handelt es sich um zwei erbsengroße Knochenschuppen, die nach einem durch Kürettage beendeten Abort zurückgeblieben waren. Im Kölner Falle wurden durch Kürettage 14 Knöchelchen herausbefördert, die nach einem kriminellen Abort zurückgeblieben waren.

In allen Fällen konnte dauernde Heilung von den Uterusbeschwerden erzielt werden.

Aus dem Pathologischen Institut (Prof. Dr. A. Dietrich).

Hämorrhagien im Lungengewebe bei allgemeiner Tuberkulose.

Von

Ernst Kohlhaas.

Die von französischen Klinikern zu den Initialsymptomen bei Tuberkulose gerechneten subpleuralen Blutungen sind in der Literatur kaum erwähnt. von Behring weist im 5. Heft seiner Beiträge zur experimentellen Therapie darauf hin, und nach ihm haben Kretz und sein Schüler Luksch dieses Problem weiter verfolgt und das Entstehen dieser Blutungen ins Gewebe im Frühstadium der Tuberkulose nachgewiesen. Zu den Versuchen wurden Meerschweinchen nach Impfung mit infekt. Sputum verwendet, die nach Tötung im Frühstadium, zu einer Zeit der ersten lokalen Drüsenschwellung, folgenden Befund ergaben. Makroskopisch fand sich keine Veränderung außer subpleuralen kleinen Herden von luftärmerem Parenchym und dunkelroter Farbe ohne scharfe Abgrenzung gegen das umliegende blutärmere Parenchym. Von Konsistenz weich, waren die Herde nicht infarktähnlich prominent und bei Fehlen von Veränderungen in der Tiefe nur subpleural ohne Zusammenhang mit den Bronchien.

Von diesen Beobachtungen abgesehen, ist pathologisch-anatomisch im ganzen wenig über die Blutungen ins Gewebe, besonders in die Lunge bekannt.

Sie wurden jedoch des öfteren im Anschluß an Tuberkulose beobachtet. So hat vor Jahren Prof. Dr. Dietrich einige derartige Fälle festgestellt; kürzlich kam ein weiterer zur Beobachtung, dem ich einen der früheren anschließe.

Der Sektionsbericht ergab ein sulziges Exsudat entlang der Fossa Sylvii und Knötchen, die sich ebenso an der Meningea media und ihren Ästen zeigten. Die Dura war stark gespannt. Im Bereich des Dorsal- und Lendenmarks sind mehrere stecknadelkopfgroße gelbliche Auflagerungen. Auf Querschnitten sah man die Hirnhäute verdickt, sulzig durchsetzt mit kleinen Blutungen. Das Rückenmark selbst ist unverändert.

Die Lungen weisen durchweg glatten Überzug auf. Das Gewebe unter der Oberfläche besonders in den Unterlappen, aber auch an einigen Stellen der Oberlappen ist blaurot gefleckt. Auf dem Durchschnitt findet sich eine blutige Durchtränkung des Gewebes,

die teilweise zusammenfließt, teils fleckig erscheint, im ganzen aber glatt und nicht körnig ist. Am Hauptbronchus des Oberlappens rechts liegt eine erbsengroße verkäste Drüse, eine dattelgroße verkäste höher an der Bifurkation. Außer diesen Herden ergaben sich mit Einschluß der andern Organe keine pathologischen Veränderungen.

Mikroskopisch war die alveoläre Struktur des Lungengewebes vollkommen erhalten, die Wände deutlich ausgeprägt. Die Alveolarräume im Zentrum waren mit Erythrozyten ausgefüllt, hier und da mit einigen Leukozyten untermischt. An der Peripherie der Herde befanden sich zwischen den durchbluteten Alveolen mehrere lufthaltige und teilweise bluthaltige. Erscheinungen, die der Randzone bei Infarktbildung entsprächen, fehlten.

Die Gefäße waren weder verdickt, noch auch ließ sich irgendeine Arrosion feststellen, die als Ursache der Blutungen in Betracht käme.

Innerhalb einiger Gefäßlumina, wie auch hier und da in den Wänden, fanden sich reichlich Leukozyten. Die Ansammlung außerhalb der Gefäße in unmittelbarer Nähe war fast überall in reichlichem Maße. Das Bild entsprach bei Fehlen von jeglichen Zeichen einer Tuberkulose, wie Knötchenbildung oder Riesenzellen, einer einfachen Blutung.

Weder in den Lungen — noch auch in den Rückenmarksschnitten konnten bei verschiedenen Färbemethoden Tuberkelbazillen nachgewiesen werden.

Die Nieren waren ohne pathologische Veränderung des Parenchyms, die Epithelien der Harnkanälchen mit gut erhaltenen Kernen intakt, Zylinderbildung fehlte. Alle Gefäße erschienen sehr blutreich.

Von einem früheren Fall mit der klinischen Diagnose: Miliartuberkulose lautet nach Prof. Dietrich die anatomische Diagnose: Disseminierte Tuberkulose, Meningitis tbc, Primärherd im rechten Oberlappen, hämorrhagische Herde in beiden Unterlappen, käsige Bronchialdrüsen beiderseits, besonders rechts, disseminierte Milztuberkel, spärliche Nierentuberkel. Aus dem Sektionsbericht ist zu erwähnen: Pleura ohne Verwachsungen, kleine graue miliare Knötchen auf der Pleura parietalis beiderseits. Lungen von ordentlichem Luftgehalt, Schnittfläche an den Oberlappen glatt, an den Unterlappen rechts schwarzrote getrübte Bezirke, infarktähnlich, auf der Schnittfläche leicht granuliert, links ebensolche Herde, nur mehr grau bis schwarzgrau. In allen Lappen ganz vereinzelt kleinste graue Knötchen. Im untern Teil des rechten Oberlappens ein etwa kirschgroßer, hellgrauer, derber Knoten (Primärtuberkel). Lymphdrüsen teilweise kirschgroß, derb, von grauschwarzer Schnittfläche.

Die weichen Hirnhäute sind an der Basis überall getrübt. An den Basalgefäßen finden sich kleinste Knötchen, die in der Fossa Sylvii zahlreicher werden. Die Milz zeigt an der Ober- wie auch Schnittfläche graue Knötchen. Die Nieren sind leicht von der Kapsel löslich, rechts zeigt die Oberfläche zwei miliare Knötchen. Ureteren, Blase, Genitalien, Magen und Darm sind frei von pathologischem Befund. Bauchlymphdrüsen sind nicht vergrößert oder verkäst.

In den Lungenschnitten finden sich haemorrhagische Herde von verschieden großer Ausdehnung ohne scharfe Abgrenzung gegen das lufthaltige Gewebe. Die alveoläre Struktur ist überall in den Blutungen erhalten, die Septen sind nicht verdickt. Hier und da sind Bezirke zelliger Infiltration, die auf Bronchopneumonie hindeuten. Im Gewebe liegen vielfach typische Tuberkel mit zentraler Verkäsung. Die Gefäßwände sind ohne Verdickung und Arrosion gut erhalten. Die Blutungen stehen in direktem Zusammenhang mit den Gefäßen, aber nicht — was zu betonen ist — mit den Tuberkeln.

Es erhebt sich nun die Frage: Stehen die Blutungen im Zusammenhang mit örtlicher Anwesenheit der Tuberkelbazillen? Und zwar a) sind die Blutungen in der Nachbarschaft von typischen Tbc.-Herden, was zu verneinen ist auf Grund der Untersuchungen; b) sind die Blutungen vielleicht Zeichen von Veränderungen, die über den Kreis der typischen Tuberkulose hinausgehen? Gefäßveränderungen, wie sie Kretz bei seinen Versuchen beschreibt, ließen sich nicht feststellen, im ersten Falle auch keine entzündlichen Reaktionen. Ebensowenig konnten in der Nachbarschaft Knötchen und Tbc. nachgewiesen werden. Infolgedessen ist im ersten Falle diese Frage zu verneinen, da alle Voraussetzungen zu der Annahme fehlen. Im zweiten Falle war an die Möglichkeit einer Einwirkung der Tbc. auf die Gefäße zu denken, da eine Miliartuberkulose der Lunge selbst besteht und daneben frische entzündliche Veränderungen.

Da es sich um Stase-Diapedeseblutungen handelt, die auf vasomotorischen Einflüssen beruhen, kommen aber die Blutungen weiterhin als sekundäre Reaktionen in Betracht. Hierfür wäre von Bedeutung die Behandlung des Pat. mit Trypaflavin, wodurch eine Bazillenzerstörung stattfinden und damit eine Reaktionsänderung auf die freigewordenen Toxine eintreten kann. Ferner käme eine Reizung des Atemzentrums mit Vasomotorenlähmung in Frage. Es wäre an sich denkbar bei der Ausdehnung der Tbc.-Meningitis über die Hirnbasis und die ganzen Rückenmarkshäute. Wir müßten sie aber häufiger erwarten, denn diese Ausdehnung der Meningitis findet sich auch bei Fällen, die nicht mit Blutungen einhergehen. Auch sind gerade Blutungen in die Lungen nicht die gewöhnlichen Anzeichen von Störungen des Atemzentrums, sondern diffuse Hyper-

ämie mit kleinen subpleuralen Ekchymosen. Blutungen auf dem Boden von Vasomotorenlähmungen aber sehen wir an andern Organen sehr viel häufiger auftreten als gerade in den Lungen. Den Beginn sekundär entzündlicher Prozesse nach Art des hämorrhagischen Frühstadiums der Influenzapneumonie könnten diese Hämorrhagien anzeigen, da wir örtliche Bedingungen für das Zustandekommen der Blutungen heranziehen müssen. In dem 2. Falle könnte dies wegen der starken Leukozytenansammlung angenommen werden; auszuschließen ist es im ersten Falle, wo jedes Ödem und die Auswanderung von Leukozyten fehlen.

Demnach ist es am wahrscheinlichsten, daß durch den Zerfall von Tuberkelbazillen Gifte frei werden, die auf die Lungengefäße schädigend wirken und unter Hinzutritt anderer begünstigender Bedingungen, wie Störung des Atemzentrums durch die Meningitis, zur Stase und Diapedese Anlaß geben. Ob das Alter — es waren Jugendfälle — von Bedeutung ist, läßt sich bei den wenigen Fällen noch nicht sagen. Jedenfalls schlägt diese Vorstellung eine Brücke zu den Experimenten von Kretz, bei denen die Tbc. örtlich ähnlich wirkten wie hier allgemein ihre Giftstoffe.

Aus der Psychiatrischen Klinik (Prof. Dr. Aschaffenburg).

Über psychische Störungen bei multipler Sklerose.

Von

Gustav Reiff.

Aus der Zusammenstellung der hauptsächlichen Literatur über das behandelte Thema und den mitgeteilten Fällen der Lindenburg geht hervor, daß psychische Störungen bei der multiplen Sklerose enorm häufig auftreten. Sehr schwierig ist es, zahlenmäßig festzustellen, in wieviel Prozent der Fälle die psychischen Erkrankungen anzutreffen sind, da darüber die Angaben sehr auseinandergehen. Von vornherein ist einzusehen, daß die psychischen Erscheinungen im Krankheitsbild von den schweren somatischen Symptomen oft völlig überdeckt werden, so daß eine Menge Untersucher kaum auf eine psychische Untersuchung eingehen.

Unter den 66 Fällen von multipler Sklerose der Lindenburg bieten 30 psychische Störungen, es sind aber nur die erwähnt, die gröbere psychische Störungen zeigten, also etwa 50 Proz. Damit schwanken die Angaben zwischen 25—100 Proz.

Was nun die Form der geistigen Erkrankung angeht, so ersieht man aus der Literaturübersicht, daß das Vorkommen der verschiedensten Formen beschrieben worden ist. Am häufigsten wiederkehrend sind Angaben über demente Formen bis in schwerste Verblödung ausartend, und vor allem über Schwachsinn in mehr oder minder fortgeschrittenem Stadium, über paralytische Erscheinungen, über paranoide Erscheinungen, über hysterische Zustände und Gemütsstumpfheit, über manische Krankheitsbilder.

Die Gruppierung der mitgeteilten Fälle geschieht nach den bisherigen Erscheinungen; in

a) einfache Demenz finden wir in 10 Fällen; reine Demenzzustände bieten 2. 4 mal sind noch hinzugetreten rascher Stimmungswechsel, 4 mal Störungen der Intelligenz; bei einem Fall bestehen außerdem Wahnideen. 2 mal finden sich Depressionszustände. Die beiden großen Fälle bieten eine Kombination sämtlicher obengenannten Symptome außer Wahnideen, doch sind die Krankheitsbilder verschieden, weil das Leiden bei den beiden verschieden auf die Psyche gewirkt hat.

b) Euphorische Demenz bieten 10 Fälle. Diese sämtlichen Fälle zeigen mehr oder weniger starke Demenzzustände, bei

denen als Haupterscheinung die Euphorie und Einsichtslosigkeit für den eigenen Krankheitszustand hervortritt. Zu diesen Symptomen sind hinzugetreten 5mal intellektuelle Störungen, — 1 Fall ist intellektuell intakt —, je 1 mal mangelhafte Orientierung, Depressionszustände, Labilität der Affekte, hysterische Symptome. Besonders auffallend ist in einem Falle noch die leichte suggestive Beeinflußbarkeit der psychogenen Seite des organischen Leidens.

c) Hysterische Überlagerung in 3 Fällen. Hier ist das Krankheitsbild trotz der ausgesprochenen Demenz schon von mehr hysterischem Charakter; große Labilität der Vorstellungen und der Stimmungslage, gesteigerte Beeinflußbarkeit, Egoismus, Launenhaftigkeit, Bedürfnis eine Rolle zu spielen sind vorherrschend 2 mal.

2 mal finden wir außerdem Intelligenz- und Sprachstörungen, von einfachen Wortfindungsschwierigkeiten bis zur Störung der Wortauffassung und Wortfindung.

d) Um unklare Fälle handelt es sich in 7 Fällen; es fanden sich ausgeprägte psychische Störungen, jedoch fehlten hier demente Zustände. 6 mal bestanden Depressionszustände; bei einem Fall außerdem noch Zwangsvorstellungen. Neurasthenische Symptome bot ganz ausgeprägt ein Fall, dazu waren hypochondrische Befürchtungen vorhanden. 2 mal war die Stimmung sehr labil.

Bei den mitgeteilten Fällen fanden sich: Demenzzustände 23 mal (darunter 10 mal Euphorie und Einsichtslosigkeit), Intelligenzstörungen 11 mal, rascher Stimmungswechsel 10 mal, Depressionszustände 9 mal, leichte Beeinflußbarkeit 4 mal, Erregungszustände 3 mal, motorische Unruhe 2 mal, Gedächtnisschwäche 2 mal, Stupor, Wahnideen, Stereotypien, Negativismus, Zwangsvorstellungen, hypochondrische Befürchtungen je 1 mal.

Nach Durchsicht der Literatur und nach den gemachten Ausführungen unterliegt es keinem Zweifel, daß das Konstanteste, das Wesentliche aller psychischen Störungen bei der multiplen Sklerose fast immer eine Störung der Intelligenz, ein gewisser Schwachsinn ist. Das Affektleben erfährt bei dieser Krankheit eine ähnliche häufige Störung wie die Intelligenz, und zwar kommen offenbar alle Formen der Affektstörung vor: krankhaft gehobene Stimmung, Euphorie und Depression, Apathie und Reizbarkeit, am allerhäufigsten jedoch die krankhafte Heiterkeit, sowie die Labilität der Affekte, der jähe Stimmungswechsel.

Im Gegensatz dazu sind Störungen der Empfindungstätigkeit, besonders qualitative Störungen wie Halluzinationen und Illusionen, formale und inhaltliche Störungen der Ideenassoziationen, wie Stupor, Wahnideen, Zwangsvorstellungen sehr viel seltener.

Ein einheitliches Bild der der multiplen Sklerose eigentümlichen Form der Psychose wird keineswegs aufzustellen sein. Wie das klassische Bild der multiplen Sklerose, wie es Charcot aufstellte, nur in den seltensten Fällen vollständig anzutreffen ist und einer sehr großen Vielseitigkeit der Symptome Platz machte, so hat man auch im psychischen Befund nicht eine bestimmte Reihe von Symptomen zu erwarten, sondern wird die verschiedensten finden können.

Über ein retroperitoneal gelegenes Fibrosarcoma lymphangiectaticum mit Durchbruch in die Vena cava inferior.

Von

Fritz Schmirl.

Die Arbeit behandelt einen im Pathologischen Institut der Universität Köln zur Sektion gelangten Fall eines retroperitonealen Tumors. Der 21jährige Mann war nur kurze Zeit in der Medizinischen Klinik beobachtet worden. Anschwellung des Leibes, leichte Verdauungsstörungen und wechselnde Schmerzen in der Lebergegend waren die Erscheinungen gewesen. Die klinische Untersuchung ergab einen nicht genau zu bestimmenden Tumor in der rechten Unterbauchgegend. Der Exitus erfolgte plötzlich unter den Erscheinungen der Lungenembolie.

Die Sektion ergab einen im rechten Retroperitonealraum gelegenen kindskopfgroßen Tumor von blättrigem Bau, der der Niere anlag, dieselbe komprimierte, aber nicht von ihr ausging. Auch die Nebenniere war intakt. Ebensowenig fanden sich Anhaltspunkte dafür, daß der Tumor etwa von akzessorischen Nebennieren, den sympathischen Geflechten oder den Intestinis ausging. Mikroskopisch war zu erkennen, daß der Tumor aus Bindegewebszellen und maschigen Bindegewebszügen besteht, die größere und kleinere Lücken bilden, die teilweise mit flachen Zellen ausgekleidet sind und den Eindruck eingesprengter Drüsenräume machen. Gegen die Mitte des Tumors finden sich zellreichere Teile mit Nekrosen und Blutungen. — Es handelt sich also um ein Fibrosarcoma lymphangiectaticum.

Auf dem Wege der Vena renalis waren die Geschwulstmassen in die V. cava inf. eingewuchert und bildeten dort 2 polypenartige Zapfen. Ein sich hier ansetzender Thrombus hatte, in die Lungen verschleppt, den Tod durch Embolie herbeigeführt.

Im Anschluß an diesen Fall wurde kurz von retroperitonealen Tumoren im allgemeinen, und zwar von Lipomen, Fibromen, Myxomen, Neurofibromen, Teratomen, Mischtumoren, Karzinomen gesprochen und dann näher auf die Sarkome eingegangen und über einige 30 Fälle aus der Literatur berichtet.

Der beobachtete Einbruch in die V. cava gab Veranlassung, einige Beispiele von Sarkomen mit ausgedehnter Bildung von Geschwulstthromben zu bringen und auch 2 Fälle von gutartigen Geschwülsten, die in Venen durchgebrochen sind, auszuführen.

Benzolbehandlung bei Polyzythämie.

Von

Heinrich Selbach.

Bei der Behandlung der Polyzythämie war man bei der Unkenntnis über die eigentliche Genese der Erkrankung auf Maßnahmen beschränkt, bei denen man eine Verminderung der roten Zellelemente und der subjektiven Beschwerden zu erreichen suchte.

Zuerst versuchte man dies Ziel mit Aderlässen zu erreichen. Man erreicht eine Verminderung der Blutmengen und auch eine vorübergehende wirkliche Verdünnung, aber bekanntlich übt jeder Aderlaß auch einen Reiz auf das myelopoetische System aus, wie uns das aus der Therapie der Chlorose bekannt ist, so daß der Erfolg nur ganz vorübergehend ist und sich im wesentlichen nur auf eine nicht dauernde Besserung der subjektiven Beschwerden beschränkt.

Ferner wurde in einem Falle die Milz exstirpiert, doch hatte dies den Tod des Patienten zur Folge.

Als man erkannte, daß der hauptsächliche Sitz der Erkrankung das erythropoetische System, besonders das Knochenmark war, versuchte man dieses selbst in günstigem Sinne zu beeinflussen. Im Anschluß an die von Cürcy und Senn zuerst gemachten Erfahrungen der Röntgentherapie bei Leukämie wurde auch bei Polyzythämie Bestrahlung der Milz und des Knochenmarks versucht, und zwar mit zum Teil gutem Erfolge. Da das Radium und Thorium ähnliche Wirkung haben, so liegt es nahe, daß auch diese zur Behandlung verwendet wurden. Über Erfolge dieser Therapie liegen noch wenige endgültige Resultate vor.

Ähnlich wie die Röntgenstrahlen wirkt auf das leuko- und erythropoetische Organsystem nach den Studien Sellings das Benzol.

Koranyi führte auf Grund dieser Studien Sellings das Benzol in die Therapie der Leukämie an. Er war auch der erste, der das Benzol 1912 für die Behandlung der Polyzythämie empfahl.

Es wird ein Fall von Polyzythämie in extenso mitgeteilt, der auf der inneren Abteilung des Augusta-Hospitals in Köln über längeren Zeitraum zur Beobachtung kam. Am 3. Oktober 1912 wurde der Patient ambulant mit Benzol behandelt, und zwar wurde es in Form von Kapseln gegeben:

Benzol
Ol. oliv. āā 0,5
3 × tägl. 1 Kapsel

Damals bestand folgendes Blutbild:

rote Blutzellen	9 000 000
weiße „	5 700
Hämoglobin	140
Viskosität	11

150 g Benzol wurde verabfolgt und $2^1/_2$ Monate nach Aussetzen hatte das Blutbild sich gebessert:

Erythrozyten	4 000 000
Leukozyten	4 900
Hämoglobin	80 Proz.
Viskosität	4,3 „

Bei dem Kranken hat also die Benzolbehandlung unverkennbar günstige Wirkung gehabt. Fast 1 Jahr lang hielten sich die Werte für die Erythrozyten auf normaler Höhe, dabei war das Allgemeinbefinden während der Zeit ein gutes. Von einer Heilung ist allerdings nicht zu sprechen, da später wieder die Zahl der roten Blutkörperchen in die Höhe ging, um nach neuer Benzolabgabe wieder zu fallen. Bemerkenswert ist, daß irgendwelche besondere Erscheinungen bei dem Kranken nicht zu verzeichnen waren. Im Sediment wurden niemals irgendwelche Anzeichen für eine Erkrankung der Nieren gefunden.

In der Literatur sind nur wenige Fälle bekannt, bei denen Benzol gegeben wurde. Bei fast allen aber wurde von guter Wirkung berichtet, nur sind alle beschriebenen Fälle nicht während eines längeren Zeitraumes beobachtet, während bei dem selbst beschriebenen Fall die Beobachtung auf längere Zeit (jetzt 2 Jahre) sich erstreckt.

Eine heilende Wirkung im Sinne einer Dauerheilung kommt dem Benzol anscheinend nicht zu. Soviel darf aber wohl gesagt werden, daß das Benzol besonders in dem ausführlich beschriebenen Fall eine gute Wirkung ausgeübt hat. Das Allgemeinbefinden war während längerer Zeit ein gutes und der Patient wieder arbeitsfähig, das Blutbild fast 2 Jahre normal.

Jedenfalls ist das Benzol sicher zu empfehlen, zumal es sich gut ambulant geben läßt und deshalb in der Hand des praktischen Arztes ein ganz brauchbares und recht probates Mittel sein kann.

Zur Kenntnis der im Verlauf von Grippe auftretenden Hirnveränderungen, insbesondere der Influenzabazillenmeningitis.

Von

H. Kotz, appr. Arzt aus Köln.

Abgesehen von der Encephalitis lethargica, die nur zeitlich als Komplikation zusammen mit der Influenza auftritt, jedoch ätiologisch mit dieser vielleicht nur insoweit zusammenhängt, als die Grippe durch toxische Einflüsse das Hirn in einen die Aufnahme des Lethargika-Virus begünstigenden Zustand versetzt, kennen wir 3 Formen von Hirnerkrankungen im Verlauf der Influenza:

1. Die rein toxische Form der Hirnschädigung, die Purpura cerebri, oft auch fälschlicherweise Encephalitis haemorrhagica genannt, bei der sich natürlicherweise keine Mikroorganismen zu finden brauchen;
2. die metastatisch-eitrige Form der Enzephalitis oder Meningo-Enzephalitis, bei der es sich um Mischinfektionen des Pfeifferschen Bazillus mit Strepto-, Staphylokokken oder anderen Eitererregern handelt, genau so wie bei der
3. Form, die nur die Meningen befällt, die Meningitis purulenta.

Eine besondere Unterart dieser dritten Form bildet die rein metastatische Influenzabazillenmeningitis, zu der ein neuer Fall beigebracht werden konnte, ein Fall, besonders bemerkenswert im Gegensatz zu den früher beschriebenen Fällen dadurch, daß bei ihm die Influenzabazillen sich nicht allein im Gehirnhauteiter, sondern auch in allen anderen Krankheitsherden in Reinkultur vorfanden.

Es handelte sich hier um ein 7 Monate altes Kind, das im städtischen Säuglingsheim plötzlich an Otitis med. bilat. und Bronchopneumonie erkrankt war. Ein hinzutretendes rechtsseitiges Empyem machte die Überweisung in die Universitätskinderklinik notwendig, wo es am 14. März 1920 starb. Die Sektion ergab eine starke eitrige Konvexitäts- und eine geringere Balsameningitis mit dicken sulzigen Exsudaten in den Hirnhäuten. Die Gehirnmasse selbst war vollkommen frei. Die Lungen zeigten bronchopneumonische Herde in der ganzen linken Hälfte, sowie im rechten Unterlappen, der außerdem infolge Kompression durch ein Pleuraempyem atelektatisch

war. In beiden Ohren zeigte sich leicht blutiger Eiter. Methylenblau, verdünntes Karbolfuchsin und Methylgrün-Pyronin färbten im Eiter von Hirnhäuten, Empyem und Bronchien große Massen von intra- und extrazellulär gelegenen, feinsten gramnegativen Stäbchen, die gelegentlich zu größeren Fäden zusammenflossen und im Hygienischen Institut der Universität einwandfrei als typische Influenzabazillen in Reinkultur gezüchtet werden konnten. Diese fanden sich ebenfalls in dem alkoholfixierten histologischen Material von Hirn, Pleura und Lungen; keinerlei andere Bakterien.

Damit wurde der Nachweis erbracht, daß, was 1916 Kolle und Hetsch in ihrem Lehrbuche noch bezweifelten, die Pfeifferschen Stäbchen in den Gehirnhäuten nicht nur vorkommen, sondern auch zu schweren septischen Prozessen führen können, ohne Beteiligung anderer Mikroorganismen.

Über Milzexstirpation bei hämolytischem Ikterus.

Von

Josef Cüppers.

Die Milzexstirpation ist bei hämolytischem Ikterus anscheinend die einzige uns mögliche Art kausaler Therapie, die tatsächlich sehr gute Erfolge gezeitigt hat, weil damit der Hauptfaktor in dem Krankheitsgeschehen des hämolytischen Ikterus, die krankhaft veränderte und krankhaft funktionierende Milz, aus dem Organismus ausgeschaltet wird. Nach Aschoff und Lepehne ist den retikuloendothelialen Zellen in Milz, Leber (Kupfersche Sternzellen), Lymphknoten und Knochenmark bei dem Zustandekommen der gesteigerten Hämolyse mit dem typischen, anämischen Blutbild und Ikterus eine Hauptrolle zuzuweisen. Diese Zellen werden nach Lewin durch eine toxisch-infektiöse Noxe zur gesteigerten oder falschen Tätigkeit angeregt. Nägeli glaubt, daß neben der schon lange bekannten abnormen Widerstandslosigkeit der roten Blutzellen gegenüber hypotonischer Kochsalzlösung noch eine zweite kardiale Veränderung dem Wesen des hämolytischen Ikterus zugrunde liegt, nämlich eine leicht vererbbare Mutation der roten Blutkörperchen, die sich in einer abnormen Kleinheit der roten Blutzellen bei normalem Färbewert äußert, und diese Mutation entstehe, wie alle Mutationen, plötzlich aus innerer Ursache heraus.

Therapeutisch sind alle Versuche mit Röntgen- und Höhensonnenbestrahlung, Eisen-, Arsen- und medullärer Opotherapie bisher erfolglos geblieben, und selbst bei einigen Fällen mit Lues in der Anamnese wurde durch Salvarsan- und Merkurtherapie neben der Heilung der Lues höchstens eine Besserung des hämolytischen Ikterus erzielt. Die Milzexstirpation dagegen hat fast in allen Fällen von hämolytischem Ikterus, in denen sie als Therapie zur Anwendung kam, einen vollen Heilerfolg gehabt. An zahlreichen Beispielen aus der Literatur wird diese Tatsache erläutert, und zum Schluß wird ein Fall von hämolytischem Ikterus in extenso mitgeteilt, der auf der Inneren Abteilung des Augusta-Hospitals in Köln (weiland Prof. Dr. Hochhaus, jetzt Prof. Dr. Külbs) zur Beobachtung kam; auch hier wurde, da eine positive Wassermann-Reaktion bestand, zuerst Salvarsan- und Merkurbehandlung eingeleitet. Bezüglich des Ikterus wurde dabei eine leichte Besserung beobachtet, während auch in diesem Falle die Milzexstirpation (Prof. Dr. Frangenheim) eine vollkommene dauernde Heilung brachte.

Über die Tuberkulose der Gallenblase mit gleichzeitiger Uterustuberkulose.

Von

Franz Altmeyer aus Püttlingen.

So häufig die Tuberkulose in ihren verschiedenen Formen in der Leber vorkommt, so selten ist sie in der Gallenblase.

An der Hand eines Falles von Gallenblasentuberkulose soll daher untersucht werden, auf welchem Wege Tuberkelbazillen in die Gallenblase gelangen, und ob irgendwelche Umstände fördernd auf die Entwicklung der Tuberkulose einwirken können.

Eine 63jährige Frau, bei der früher niemals Symptome einer Leber- oder Gallenblasenerkrankung aufgetreten waren, wurde in somnolentem Zustand und mit starken, ausgedehnten Ödemen in die Klinik aufgenommen und starb bald darauf an zunehmender Herzschwäche. Bei der Sektion fand sich eine ausgedehnte Tuberkulose in Lungen und Nieren mit allgemeiner Amyloidose. Die Gallenblase war fast aufs Doppelte vergrößert und hatte eine Wand von 0,6 cm Dicke. Ihre Schleimhaut zeigte sich blaß-gelblich, stark und unregelmäßig verdickt und teilweise von narbiger Beschaffenheit. Im Hals der Gallenblase saß fest ein Verschlußstein. Aus derselben entleerten sich reichlich gelbliche, zerfallende, nekrotische Massen ohne erkennbare Struktur.

Das mikroskopische Bild ließ eine vollständige Verkäsung der Innenschicht der Schleimhaut, einige Epitheloidzellentuberkel mit typischen Langhansschen Riesenzellen und in der verkästen Schicht selbst große Massen von Tuberkelbazillen erkennen.

In der Leber zeigten sich ebenfalls zahlreiche Tuberkel, die teils inmitten der Leberläppchen, teils in der Nähe der Gallengänge und Pfortaderästchen lagen. Für die Wege der Tbc. kommen drei Möglichkeiten in Betracht, 1. Infektion vom Darm aus, 2. von der Leber aus durch Vermittlung der Galle, 3. auf dem Blutwege. Der Infektionsweg vom Darm aus durch den Ductus choledochus und cysticus erscheint für den ersten Moment nicht unwahrscheinlich. Denn angesichts der bestehenden Lungenaffektion, könnte man sich vorstellen, daß infektiöses Material durch den Darm geführt wurde und Tuberkelbazillen durch den Ductus choledochus und cysticus in die Gallenblase gekommen wären. Demgegenüber ist aber einzuwenden, daß eine tuberkulöse Infektion, wie dies bereits für das

Urogenitalsystem (Baumgarten) nachgewiesen ist, niemals gegen den Sekretstrom, außer bei anhaltender Sekretstauung zustande kommt. Somit ist diese Infektionsart auch im Gallengang nicht denkbar. Berücksichtigen wir dann, daß bei der mikroskopischen Untersuchung der Leber Tuberkel in der Nähe von Gallengängen gefunden wurden, so gewinnt die zweite Art der Infektion der Gallenblase, die cholangene, die besonders von Simmonds beschrieben wurde, schon mehr an Boden. Doch auch sie muß als nicht genügend gestützt zurückgewiesen werden, da ein sicherer Einbruch von Tuberkeln in Gallengänge in den untersuchten Präparaten nicht beobachtet werden konnte und die tuberkulösen Veränderungen in der Leber im Verhältnis zur ausgedehnten Verkäsung der Gallenblasenwand zu gering und frisch waren.

Es bleibt also noch die Möglichkeit des Importes der Bazillen auf dem Blutwege. Da sich Tuberkelbazillen sehr oft auf diesem verbreiten, so ist es nicht unwahrscheinlich, daß auch in unserem Fall diese Mikroorganismen aus den Lungenherden ins Blut übergetreten sind und neben anderen Organen sich auch in der Gallenblasenwand festgesetzt haben, zumal sie einen geeigneten Boden vorfanden. Denn beim Vorhandensein des Verschlußsteines im Ductus cysticus liegt die Annahme nahe, daß Stauungsgallenblase bestand und der der Ansiedlung von Tuberkelbazillen sonst hinderliche Einfluß der Galle ausgeschaltet war. Ferner befand sich die Gallenblasenwand, worauf der Stein hinzuweisen scheint, in einem Zustand chronischer Entzündung.

Da aber in der Anamnese nichts erwähnt wird von früheren Erkrankungen der Leber oder Gallenblase, so muß auch mit der Umkehrung des Vorganges, daß zuerst die Tuberkulose und als Folgeerscheinung die Cholelithiasis entstanden ist, gerechnet werden. Immerhin sprechen die narbigen Stellen in der Schleimhaut doch sehr für den zuerst ausgesprochenen Infektionsmodus.

Bei dem von mir beschriebenen Fall zeigten sich auch die linke Tube und der Uterus von der Tuberkulose ergriffen. Letzterer war etwas unter normaler Größe, seine Wand etwa $1^1/_2$ cm dick. Das Cavum uteri enthielt ziemlich reichlich bröcklige, gelbliche, käsige Massen. Die linke Tube war klein-fingerdick und mit bröckligen käsigen Massen angefüllt. Im mikroskopischen Präparat sah man, daß die normale Struktur des Endometriums vollkommen verlorengegangen war, und daß sie ersetzt wurde durch ein Granulationsgewebe, dessen obere Schichten mehr oder minder stark verkäst waren. In den tieferen Schichten bis unter die Serosa konnten Tuberkel nachgewiesen werden. Bazillen fanden sich in der verkästen Zone ziemlich reichlich.

Aus der Universitäts-Kinderklinik Köln
(Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Siegert).

Ein Fall von postdiphtherischer Hemiplegie im Kindesalter.

Von

Karl Matheis.

Ein sechsjähriges Mädchen in gutem Ernährungszustand erkrankte am 21. 9. 19 unter Mattigkeit, Fieber, Schmerzen im Halse und wurde am 24. 9. 19 in die Klinik gebracht. Diagnose: maligne Diphtherie. In den darauffolgenden Tagen verlangsamt sich die Herzaktion, das Kind wird immer hinfälliger, Puls kaum fühlbar, mehrmaliges Erbrechen.

Am 3. 10. 19 bemerkte man, wie das Kind den rechten Arm nicht mehr bewegen konnte, die Sprache wurde unverständlich, auch die untere Extremität war schlaff gelähmt und konnte im Knie nur ganz wenig gebeugt werden.

Unterarmreflexe rechts weniger deutlich als links, Patellarreflexe beiderseits lebhaft, besonders rechts. Rechts besteht Patellar- und Fußklonus, rechts Babinski sehr ausgesprochen, Bauchdeckenreflex rechts erloschen, links noch deutlich, der rechte Mundwinkel steht etwas tiefer, die Zunge nach rechts abgelenkt.

Am 5. 10. 19 Kind stark zyanotisch, Puls an der Arteria rad. nicht fühlbar, Atmung unregelmäßig, zeitweise aussetzend, Cheyne-Stockesscher Atemtypus, abends Exitus in Coma.

Klinische Diagnose: Hemiplegie nach Diphtherie.

Das Ergebnis der Obduktion war folgendes:

Diagnose: abgelaufene Diphtherie der Tonsillen, diffuse Myokarditis, mit Erweiterung sämtlicher Herzhöhlen, Ausbildung parietaler Thromben im linken Ventrikel und linken Herzohr, Embolie der Arteria cerebri media links mit frischer anämischer Erweichung der linksseitigen Stammganglien, Infarkt in beiden Nieren, leichte allgemeine Stauung in den Organen.

Mikroskopisch: im Abstrich-Präparat aus der erweichten Hirnsubstanz finden sich reichliche Körnchenzellen, im Herzfleisch diffuse interstitielle Myokarditis und starke Verfettung der Herzmuskelfasern.

Baginsky macht in seinem Buche „Diphtherie und diphtherischer Krupp“ folgende Einteilung der diphtherischen Lähmungen:

1. die diphtherische Frühlähmung,
2. die postdiphtherische Lähmung,
3. als bes. Gruppe der Lähmungen die hemiplegischen Formen.

In ihrer Entstehungsursache sind diese Erkrankungsformen von den echt diphtherischen völlig verschieden. Sie kommen natürlich mit jenen auch vereint vor, weil das diphtherische Virus in gleicher Weise und zur gleichen Zeit die Nervenapparate ebenso angreifen kann wie das Gefäßsystem. Dasselbe kreist ebenso im Blute, wie es sich an den Nervenbahnen fortschreitend bemerkbar macht.

Aus der Kinderklinik (Geh.-Rat Prof. Dr. Siegert).

Über Laryngitis phlegmonosa.

Von

Karl Schmitz aus Köln.

Unter den in der Universitäts-Kinderklinik Köln beobachteten 20 Fällen von Laryngitis phlegmonosa stellen die Kinder im 1. und 2. Lebensjahr mit 55 Proz. das Hauptkontingent, die Kinder vom 2.—6. Lebensjahr 35 Proz., vom vollendeten 6. Lebensjahr 10 Proz. Je jünger das Alter, desto schwerer waren im Durchschnitt auch die Krankheitserscheinungen. Von den 11 Kindern im Alter von 1 bis 2 Jahren boten 8 den typischen Habitus pastosus mit kurzgedrungenem Hals und deutlicher Schwellung der Nacken-, Hals-, Achsel- und Leistendrüsen mit fast stets zu beobachtender Vergrößerung und katarrhalischer Veränderung der Rachenorgane. Diese Kinder scheinen für die Larynxstenose besonders disponiert zu sein, und diese Altersdisposition ist zu erklären durch die in den ersten Lebensjahren bestehende anatomische Verengung der Trachea.

Eine Erkrankung, die nicht selten mit Krupperscheinungen einherzugehen pflegt, ist der Keuchhusten; bei 5 unserer Fälle bestand Keuchhusten, sei es, daß vorher Pertussis bestanden hatte mit zurückbleibender hartnäckiger Bronchitis, die dann später zu Krupperscheinungen führte, oder daß die Pertussis eingeleitet wurde mit einem Anfall von Larynxstenose, oder aber, daß später nach Abklingen der stenotischen Erscheinungen sich Keuchhusten einstellte. Alle unsere Fälle waren mehr oder weniger kompliziert mit Erkrankung der oberen und unteren Luftwege: Bei den leichteren Fällen mit leichtem stridorösem Atmen und Heiserkeit bestand leichte Bronchitis; bei den schweren mit hochgradiger Dyspnoe, Heiserkeit, Aphonie, ausgebreitete Bronchopneumonie und Bronchiolitis.

Von den 20 Erkrankten starben 4 (20 Proz.), bei denen wegen Erstickungsgefahr die Tracheotomie gemacht wurde; Todesursache: konfluierende Bronchopneumonie oder Herzschwäche.

In allen unseren Fällen fehlten klinisch wie bakteriologisch diphtherische wie auch postdiphtherische Erscheinungen (Lähmungen, Myokarditis), und es handelt sich überall um die echte nicht diphtherische Laryngitis phlegmonosa, als Teilerscheinung der Erkrankung der oberen Luftwege.

Zur Kenntnis des tuberkulösen Niereninfarktes und der dabei auftretenden Regenerationsvorgänge.

Von

Alfred Schrimpf.

Die Untersuchung betraf einen Fall von hämatogener Nierentuberkulose, die unter dem Bilde eines tuberkulösen Infarkts erschien. Und zwar liegt schon ein älteres Stadium vor, denn man beobachtet neben frischen Gefäßveränderungen auch obliterierte Gefäße, die teils schon wieder rekanalisiert sind. Neben einfachem Untergang der Nierenbestandteile ist das befallene Gefäßgebiet eingenommen von tuberkulösem Granulationsgewebe.

Am Rande der tuberkulösen Bildung treten Regenerationsvorgänge hervor, die die Frage über Art, Verlauf, Zweck und Ursache solcher epithelialer Neubildungen nahelegen.

1. Die Untersuchungen von Narben im Nierengewebe und experimentelle Verletzungen haben mit wenigen Ausnahmen das Ergebnis gezeitigt, daß eine Regeneration funktionstüchtigen Nierenparenchyms nicht stattfindet. Es kommt lediglich nur zu einem Regenerationsversuch.

2. In unserem Falle ging aber die Regeneration darüber hinaus, sie lehnte sich besonders eng an die tuberkulösen Herde an, ja die neu gebildeten Kanälchen standen zu ihnen in enger Beziehung.

3. Daraus läßt sich schließen, daß mit großer Wahrscheinlichkeit die Wirkung der Tuberkulotoxine und der lipoiden Zerfallsprodukte etwa im Sinne von Stoeber, Schminke und Wacker für das Auftreten epithelialer Neubildungen am Rande und im Innern des tuberkulösen Infarktes verantwortlich zu machen ist.

Aus der Röntgenabteilung des Bürgerhospitals
(Prof. Dr. Gräßner).

Über posttraumatische Weichteilverknöcherung.

Von

Ferdinand Kremer.

Die ersten Veröffentlichungen über die Myositis ossificans tr. stammen von Freke u. Copping (1740) sowie von Kuhn (1830), die posttraumatische Verknöcherung von Sehnen erwähnt Höring 1908, die von Bändern erwähnt Gräßner 1911 zuerst.

Die Traumen, auf die die Verknöcherung folgt, sind heftige einmalige oder öftere geringfügige. Die Luxationen, speziell die des Ellbogens nach hinten, spielen als Traumen eine wichtige Rolle. Die posttraumatische Weichteilverknöcherung ist nicht auf bestimmte Körperregionen beschränkt.

Nach dem mehr oder weniger starken Schmerz des Traumas ist das Befinden der Patienten meist nicht gestört. Häufig erst im Verlauf der nächsten Wochen stellen sich Anschwellung, Schmerzhaftigkeit, Funktionseinschränkung, Kontrakturstellung ein.

Das Röntgenbild gibt einen charakteristischen Befund. In den ersten 3—4 Wochen sieht man höchstens einen zarten Schatten, dann aber nimmt der Kalkgehalt des geschädigten Gewebes zu, der Schatten wird intensiver und erreicht die Saturierung des Skelettschattens. Gleichzeitig verkleinert sich das Gebilde.

Histologische Untersuchungen ergeben, daß die Knochensubstanz aus einem Netz von Knochenbälkchen besteht; das Bindegewebe ist deutlich vermehrt, Blutgefäße sind strotzend gefüllt; es finden sich freie Blutextravasate. Das Parenchym ist teilweise im Zerfall. Gelegentlich tritt auch kleinzellige Infiltration auf. Die Frage, ob eine echte Geschwulst oder Entzündung die Ursache der Knochenbildung ist, muß für Entzündung entschieden werden, da die Geschwulstzeichen fehlen, und ödematöse Anschwellung, Schmerzhaftigkeit, kleinzellige Infiltration, starke Blutgefäßerweiterungen für Entzündung sprechen.

Sudek stellt drei Typen der posttraumatischen Weichteilverknöcherung auf: 1. den Luxationsabrißkallus; 2. den Kontusionsabrißkallus; 3. den Abrißkallus durch scharfe Gewalt. Er weist nach, daß die Knochenbildung nicht durch metaplastische Tätigkeit des Bindegewebes, sondern nur durch Tätigkeit des Periostes zuwege kommen kann.

Die Differentialdiagnose hat chronisch-entzündliche Zustände durch das Röntgenbild auszuschließen. Kartilaginäre Exostosen zeigen ein ganz typisches Röntgenogramm. Zudem sitzen sie an der Epiphysenlinie der Knochen. Sarkom und Osteomyelitis ergeben ebenfalls einen anderen typischen Durchleuchtungsbefund.

Die Therapie hat durch frühzeitige Ruhigstellung das verletzte Gewebe vor weiteren Schädlichkeiten zu schützen. Warme Bäder, Heißluftbäder, Jodpinselung haben günstigen Einfluß auf die Resorption. Ein größerer Bluterguß ist zu punktieren. Die operative Entfernung des Knochens ist meist überflüssig, da er sich von selbst zurückgebildet. Nur bei Komplikationen tritt sie in ihr Recht. Die möglichst radikale Operation soll nicht vor dem 4. Monat vorgenommen werden.

Es folgt die Mitteilung von 8 Fällen, die mir von Herrn Prof. Dr. Gräßner für die Arbeit zur Verfügung gestellt wurden.

Ein Beitrag zur Nierendekapsulation.

Von

F. Vennemann aus Dortmund.

Die Besprechung der Literatur über Nierendekapsulation läßt im ganzen gute Erfahrungen sowohl bei akuter wie bei chronischer Nephritis erkennen, auch bei der Kriegsnephritis wurde sie mit gutem Erfolg ausgeführt. Die Dekapsulation empfiehlt sich auf Grund der vorliegenden Beobachtungen bei allen Formen von Nephritiden, falls die interne Behandlung versagt und Anurie und Urämie auftreten.

Dies wird an 10 Fällen aus dem Johannis-Hospital zu Dortmund besprochen, die sowohl akute wie chronische Nierenerkrankungen betreffen. Die Dekapsulation wurde stets nach Versagen der internen Behandlung vorgenommen, nachdem Milchdiät, Schwitzkuren, Abführmittel, Theocin, Diuretin erfolglos waren. Ein Fall starb 6 Stunden nach der Operation in Urämie, ein anderer 2 Tage nach der Operation an Herzschwäche, in allen anderen Fällen war der Erfolg der Dekapsulation prompt und augenfällig. Die Urinmenge stieg, vorhandene Ödeme schwanden, urämische Symptome traten nicht mehr auf und im weiteren Verlaufe der Behandlung, die im wesentlichen der vor der Dekapsulation entsprach, zeigte es sich, daß auch der Heilverlauf der Nephritis günstig beeinflußt wurde.

6 Fälle konnten als geheilt entlassen werden; in einem Falle waren bei der Entlassung nur noch Spuren von Eiweiß und Formelemente in geringer Menge vorhanden. Ein Fall, der sich auf dem Wege der Besserung befand, ging an einer komplizierenden Pneumonie zugrunde.

Daß die einseitige Dekapsulation günstig auf den Prozeß in der zweifellos ebenfalls erkrankten anderen Niere einwirkt, zeigte ein Fall (Nr. 9). Eine Anfrage, welche im März 1919 an die einzelnen Kranken gerichtet wurde, ergab bei vieren derselben vollkommenes Wohlbefinden seit der Operation. In den übrigen Fällen kam die Anfrage als unbestellbar zurück.

Da aber auch bei diesen Kranken bei der Entlassung jegliche nephritische Erscheinungen fehlten, ist wohl anzunehmen, daß eben-

falls eine Ausheilung der nephritischen Schädigungen vorgelegen hat.

Vorstehendes zeigt also, daß es durch die Dekapsulation möglich ist, eine Besserung bzw. Heilung der Nephritis zu erzielen. Es ist daher wünschenswert, daß die Dekapsulation eine größere Verbreitung als bisher findet. Die Indikationsstellung zur Operation muß dem Internisten überlassen bleiben; dieser sollte jedoch bei keinem Fall von Nephritis, welcher der inneren Therapie trotzt, die Hoffnung aufgeben, bevor nicht die Dekapsulation vorgenommen wurde.

Aus der Medizinischen Klinik der Akademie für prakt. Medizin zu Düsseldorf (Geh.-Rat Prof. Hoffmann).

Zur Differentialdiagnose zwischen aleukämischer Lymphadenose und Sepsis.

Von

Karl Leitzen.

34jährige Frau aus gesunder Familie, seit 6 Wochen mit allgemeinen Lymphdrüsenschwellungen, Gelenkschmerzen, Hautinfiltraten, Nasen- und Zahnfleischblutungen erkrankt, wurde mit Mattigkeit und Kopfschmerzen in die Klinik eingeliefert.

Der klinische Befund bestand im wesentlichen in derber Milzschwellung, in allgemeinen Lymphdrüsenschwellungen, hämorrhagischer Diathese, knotiger Infiltration in der Mamma und folgendem Blutbild: 2 240 000 Erythrozyten, 5900 Leukozyten, 28 Proz. Hämoglobin, 0,6 Färbeindex. Die Differentialzählung ergab: 95 Proz. Lymphozyten zumeist große, 3,5 Proz. polymorphkernige neutroph. Leukozyten, 0,6 Proz. Eosinophile, 0,6 Proz. Mononukleäre, 2 Normoblasten, 1 Myeloblast. W.-R. negativ. Temperatur abends 37,7°, Puls 115 i. d. M. von mittlerer Füllung.

Es wurde eine einmalige Röntgenbestrahlung der Milz mit 22 X vorgenommen und eine Arsenbehandlung eingeleitet. Das Krankheitsbild verschlimmerte sich, die Temperatur hielt sich um 39°, der Puls schwankte zwischen 100 und 130. Die Milz- und Lymphdrüsenschwellungen nahmen allmählich ab. Das Blutbild änderte sich, indem die Lymphozytenwerte ab und die Leukozytenwerte zunahmen, daneben absolute Abnahme der Zahl der roten und weißen Blutkörperchen. Weiterer Kräfteverfall. Am 25. Tag nach der Aufnahme Exitus letalis.

Die wesentlichsten Punkte des Sektionsprotokolles sind: rotes Knochenmark mit einerseits zahlreichen lymphoiden Zellen, andererseits in den Kapillaren befindlichen Kokkenhaufen; weiche Milzschwellung mit Blutungen, arm an lymphoiden und Pulpazellen, mit bakteriologisch nachgewiesenen Streptokokken; trübe Entartung von Leber und Nieren; fettige Entartung des Herzmuskels; Blutungen in Haut, Augenbindehaut, Kehlkopfschleimhaut und unter das Herzfell; der Bau der nicht vergrößerten Drüsen ist verwischt durch sehr reichliche Anwesenheit von Lymphozyten, die auch die Kapsel und das umliegende Fettgewebe infiltrieren.

Nach Ansicht des Obduzenten (Prof. Dr. Beitzke) ist bei vorliegender schwerer Blutarmut der Tod durch eine Sepsis eingetreten.

Es wird in der Arbeit nun mit der Literatur unter Analysierung des Falles bewiesen, daß der Kliniker gemäß dem heutigen Stande der leukämischen Forschung berechtigt war, die Diagnose akute aleukämische Lymphadenose zu stellen. Um dem pathologisch-anatomischen, sowie dem klinischen Befunde gerecht zu werden, muß bei diesem Beweise angenommen werden, daß eine komplizierende Sepsis zur aleukämischen Lymphadenose hinzugetreten ist und den Tod veranlaßt hat. Die Umwandlung des leukämischen Bildes zum pathologisch-anatomischen Bilde der Sepsis wird durch den Einfluß der komplizierenden Sepsis sowie der Röntgenbestrahlung der Milz erklärt. Über die Eingangspforte der Sepsis haben klinische, pathologische, sowie spätere anamnestische Untersuchungen keine Aufklärung gebracht.

An Hand der Literatur wird bewiesen, daß zahlreiche Autoren bei Leukämien Bakterien im Blute und in Organen gefunden haben, und daß eine Parallele besteht zwischen manchen Formen der Leukämie und solchen der Sepsis, die mit Granulozytenschwund und lymphatischer Reaktion einhergehen.

Zum Schlusse wird gezeigt, daß bei ähnlichen Fällen wie dem vorliegenden intra vitam die Differentialdiagnose zwischen Sepsis und aleukämischer Lymphadenose unmöglich, und selbst auch später an Hand des Obduktionsbefundes oft nicht erschöpfend gestellt werden kann. Es wird als sehr wünschenswert hingestellt, bei jedem Falle von Leukämie genaue bakteriologische und kulturelle Blutuntersuchungen anzustellen. Wenn oft die Differentialdiagnose auch dann noch nicht zu treffen ist, so wird zum mindesten in jedem Falle ein wesentlicher Beitrag zur Frage der Leukämie-Ätiologie geleistet. Erst wenn diese Frage weiter geklärt ist, können Fälle wie vorliegend eindeutig entschieden werden.

Aus der Medizin. Klinik Lindenburg (Geh.-Rat Prof. Dr. Moritz).

Beitrag zur Chinidintherapie bei Vorhofflimmern.

Von

Wilhelm Wisser aus Oldenburg.

Wenckebach hat zuerst die Wirksamkeit des Chinins bei der Arrhythmia perpetua (a. p.) erkannt. Frey fand, daß noch wirksamer als Chinin das ihm chemisch und in der Wirkungsweise sehr nahestehende Chinidin bzw. Chinidin. sulf. ist. Er konnte in einer Anzahl von Fällen das Vorhofflimmern und damit die a. p. beseitigen. v. Bergmann erzielte ähnliche Resultate. Ich versuchte mir ein Bild von der therapeutischen Wirksamkeit und der Wirkungsweise des Chinidins durch Anwendung in 11 Fällen zu machen. Es seien zunächst die 4 Fälle kurz beschrieben, in denen wir günstige Erfolge hatten:

Fall II. M., Elisabeth, 49 Jahre. Mit 17 Jahren Gelenkrheumatismus, seit 10 Jahren schlecht Luft, Herzklopfen bei Treppensteigen. Seit 2 Jahren geschwollene Beine.

Jetzige Aufnahme am 6. 11. 19. Ödeme der Beine, starke nächtliche Atemnot. Befund zur Zeit des Eintritts in die Chinidinbehandlung: Starke Mitral-Stenose, rascher p. i. p., Dekompensation geschwunden. Vom 3. 2. 20 an täglich 3 mal 0,2 Chinidin pur., bis 13. 2. 20 ohne ersichtlichen Erfolg. Ebenso blieb Chinidin sulf.-Darreichung in Höhe von 3 mal 0,4 bis 5 mal 0,4 in der Zeit vom 18. 2. bis 2. 3. erfolglos. Am 18. 3. und 19. 3. 20 je 1,0 Chinidin sulf., am 19. 3. abends wird der Puls regulär und langsam (von 132 im Mittel 84). Patientin bekommt nun in absteigender Dosis Chinidin sulf. bis zum 1. 4. Puls bleibt dauernd regelmäßig, zwischen 70 und 80. Chinidin ab. Bis 4. 6. (Abschluß der Arbeit) ist der Puls dauernd regelmäßig geblieben, obwohl Patientin aufstand, auf der Station half und in die Stadt ausging.

Fall I. L., Heinrich, 17 Jahre, mit 2 Jahren Diphtherie, mit 4—5 Jahren Gelenkrheumatismus. Seither kurzatmig nach Anstrengungen und Treppensteigen.

Erste Aufnahme 24. 2. bis 9. 4. 19. Puls regelmäßig, nicht dekompensiert. Jetzige Aufnahme am 20. 1. 20. Diagnose: Mitralinsuffizienz und Stenose, langsamer p. i. p., extrem mitralkonfiguriertes Herz, nicht dekompensiert.

Vom 25. 2. bis 5. 3. 20 3 mal 0,2 Chinidin pur., ohne Erfolg. Am 16. 3. 1,0 Chinidin sulf., am 17. 3. 20 0,5 Chinidin sulf. abends Puls

regelmäßig. In absteigender Dosis (täglich 0,1 weniger) schlägt Puls am 25. 3. bei 0,3 Chinidin um und ist auch während der nächsten Tage trotz Grammdosen nicht wieder regelmäßig geworden.

Fall V. H., Max, 67 Jahre, nie innerlich krank. Am 30. 12. 19 schwerst dekompensiert eingeliefert; langsamer p. i. p. Digitalisbehandlung. Milchdiät.

Nimmt vom 31. 12. 19 bis 23. 1. 20 um 42,2 kg ab.

7. 2. kompensiert entlassen.

Vom 9. bis 15. 2. 7tägige ambulante Chinidinkur von 3 mal 0,2 Chinidin pur. pro die. Erfolg negativ. Erneute Chinidinkur vom 26. 2. bis 5. 3. 20 in Höhe von 3 mal 0,4 Chinidin pur. Nach Absolvierung (Ambulant) Puls regelmäßig. Wird später wieder dekompensiert mit p. i. p. eingeliefert.

Diagnose: Emphysem, Myodegeneratio cordis, p. i. p.

Fall XI. W., Frau, 43 Jahre. Mit 4 Jahren Masern, mit 17 Jahren Gelenkrheumatismus. Seit Weihnachten 19 Atemnot beim Treppensteigen, Schwindel. Bei Aufnahme (20. 4. 20) nicht dekompensiert. Am 7. 5. 20 Chinidin sulf. 1,0. Am 8. 5. 20 Puls regelmäßig und bleibt so bis 3. 6. 20 (Abschluß der Arbeit) unter Bettruhe und chronischer Digitalis-Medikation von täglich 0,1. Diagnose: Mitralstenose.

Nach den Erfahrungen in den ersten Fällen schien es aussichtsreicher, eine größere Menge Chinidin auf einmal zu geben, als die Tagesdosis zu verzetteln. Ich gab daher später immer einmal 1,0 Chinidin sulf. pro die, höhere Dosen nie. Es wäre möglich, daß noch größere Dosen bessere Erfolge zeitigten. Irgendwelche gefährliche Nebenwirkungen habe ich bei der Chinidindarreichung nicht gesehen. Dagegen klagten die Patienten gelegentlich über Brechneigung, „fliegende Hitze", Ohrensausen, Kopfschmerzen, Herzklopfen und am häufigsten über völlige Appetitlosigkeit und Durchfälle, die aber nicht sehr hochgradig waren. Es gelang mir, das Auftreten von Diarrhöen zu verhindern, wenn ich zu gleicher Zeit mit dem Chinidin Tannalbin 1,0 oder 10—15 Tropfen Tinct. opii simplex gab. Trotz der Dosierung von 1,0 pro die sind folgende sieben Fälle refraktär geblieben.

Fall III. Qu., Katharina, 28 Jahre, als Kind Masern. Starke Ödeme, Leber 11 cm unter Nabelhorizontale.

Diagnose: hochgradige Mitralstenose, Dekompensation, schneller p. i. p. Auch Kombination von Chinidin mit 0,8 fol. digitalis pro die ohne Erfolg. Später exitus, nicht propter hoc.

Fall IV. H., Theodor, 20 Jahre, als Kind Scharlach.

Diagnose: Mitralinsuffizienz und Stenose, p. i. p., wird allein durch Bettruhe regelmäßig.

Fall VI. O., Wilhelm, 79 Jahre, Arteriosklerose, Myodegeneratio cordis, Emphysem, langsamer p. i. p. Nicht dekompensiert, Chinidindarreichung 1,0 an 2 Tagen.

Fall VII. Sch., Herr, 84 Jahre alt, Arteriosklerose, Emphysem, p. i. Leichte Ödeme. Chinidin 1,0 an 3 Tagen. Im Ekg. reichlich aurikuläre Extrasystolen. Wegen vollkommener Anorexie nicht bis zum evtl. vollen Erfolge durchbehandelt.

Fall VIII. Sch., Michael, 50 Jahre. Mitralinsuffizienz, p. i. p., als Kind Masern. Starke Ödeme z. Zt. der Chinidinbehandlung kompensiert. An 6 Tagen 1,0 Chinidin sulf.

Fall IX. B., Carl, 48 Jahre. Mitralstenose, p. i. p. An 3 Tagen 1,0 Chinidin.

Fall X. W., Bertha, 35 Jahre. Mitralstenose und Insuffizienz, bricht nach kleinen Dosen Chinidin (3 mal 0,3) schon hartnäckig. Weitere Versuche schlagen aus diesem Grunde fehl.

In sämtlichen Fällen wurde die Wirkung durch zahlreiche Pulskurven und Ekg. kontrolliert, und die oben gegebene Ausdeutung basiert auf diesen graphischen Registrierungen. Die Ekg. der regulär gewordenen Fälle zeigten immer normale Überleitungszeit; Verzögerung der Überleitungszeit, wie sie Frey gesehen, bekam ich nicht zu Gesicht. Die Form der P-Zacke war verschiedenartig, sie war in zwei Fällen auffallend groß. Da es sich jedoch in den beiden Fällen um Mitralstenosen handelt, glaube ich Rückschlüsse auf die Genese der Vorhofsystolen, wie sie Frey zieht, nicht daraus folgern zu dürfen. Ich möchte nur erwähnen, daß meiner Auffassung nach, wie sie auch Gerhardt vertritt, der Dilatation der Vorhöfe doch eine größere Rolle als Koeffizient für die Entstehung der a. p. zukommt, als Frey nach seinen Erfahrungen anzunehmen geneigt ist.

Aus der Psychiatrischen Klinik (Prof. Dr. Aschaffenburg).

Über urämische Psychosen.

Von

Peter van Hauth.

Über die Entstehung der Urämie ist nicht viel mehr bekannt, als daß sie auf Harnretention und im Blut zirkulierende Zerfallsprodukte des kranken Nierengewebes zurückzuführen ist. Diese Gifte sind ebenso wie ihre Wirkung komplizierter und mannigfaltiger Art.

Bonhoeffer und Gruhle unterscheiden Symptome der Retention (asthen. Störg.) und der Nephrotoxine (bedeutend vielgestaltiger). Letztere werden wieder in akute und chronische Krankheitsbilder eingeteilt.

Machwitz und Rosenberg trennen die echte Urämie (Azotämie mit erhöht. Rest-U.), die eklamptische Urämie (Chlorurämie) und die Urämie bei rein arteriosklerotischer Gefäßveränderung der Nieren.

Die urämischen Psychosen lassen sich nach diesen Gesichtspunkten ihrer somatischen Entstehung nicht einteilen. Man orientiert sich leichter, wenn man ohne Betonung irgendwelcher somatischer Symptome sich vorzugsweise an die psychischen hält. Die dieser Abhandlung zugrunde gelegten 17 Fälle der Aschaffenburgschen Klinik lassen sich zwanglos in 4 Gruppen ordnen:

1. Fälle mit Verlust der Orientierung und unruhiger Verwirrtheit;
2. Fälle mit akuten Delirien oder halluzinatorischer Verwirrtheit;
3. Fälle von halluzinatorischer Verwirrtheit mit paranoiden und katatonen Symptomen;
4. Fälle von chronischer Verwirrtheit mit häufigeren Herdsymptomen und Neigung zu demenzähnlichen Zuständen.

Die beiden letzten Gruppen sind die wichtigsten. Bei 3) entsteht die Frage nach der Möglichkeit echt paranoischer bzw. katatoner Symptome bei symptomatischen Psychosen.

Im Falle 11 (mit paranoid. Symptomen) ist nach der Anamnese als wahrscheinlich anzunehmen, daß vor Ausbruch der Urämie bereits eine Paranoia bestand, die Urämie also mehr eine Komplikation dieser letzteren darstellte. Paranoiaähnliche (keine echt para-

noischen) Symptome scheinen sich aus dem bei urämischen Psychosen häufig zu sehenden Angstzuständen entwickeln zu können.

Aus dieser ängstlichen Erregung entstehen meist auch die beobachteten katatonischen Symptome, die Bonhoeffer als paranoische Abwehr erklärt. Es besteht jedoch eine weitgehende Annäherungsmöglichkeit an den echten katatonischen Negativismus. Ein vorliegendes Beispiel zeigt, daß in solchen Fällen die degenerative Veranlagung eine Rolle spielt.

Die 4. Gruppe umfaßt die vielen der Arteriosklerose verwandten zweifelhaften Fälle meist chronischen Verlaufs. Volhard u. a. trennen die arteriosklerotische Pseudourämie von den urämischen Psychosen ganz ab. An Hand einiger Beispiele wird gezeigt, daß eine klare Diagnose oft unmöglich ist. Arteriosklerotische Pseudourämie, urämische Pseudoarteriosklerose und urämische Pseudoparalyse werden sich oft nur durch Rest-N-Bestimmung und Urinbefund schärfer trennen lassen.

Zusammengefaßt ergibt die Untersuchung folgendes:

1. Die uräm. Psychose besteht gewöhnlich in einer akuten, manchmal deliriösen Verwirrtheit ohne besonderes Charakteristikum.
2. Die urämische Psychose besteht meist aus einer Mischung urotoxischer und nephrotoxischer (Nephrolysin-)Wirkungen.
3. Bei degenerativ belasteten Kranken kann die urämische Psychose Anklänge an genuine Psychosen zeigen.
4. Neuropathische Konstitution bzw. Belastung scheint das Auftreten psychotischer Symptome bei Urämie stark zu begünstigen.
5. Eine Anzahl der Arteriosklerose nahestehender Fälle zeigt einen mehr chronischen Verlauf und ist von den auf organischen Hirnerkrankungen (Arterioskl. cerebri, Dem. paralyt., Lues cerebri) beruhenden Psychosen oft schwer zu trennen.

Aus der Med. Klinik Lindenburg (Dir. Geh.-Rat Prof. Dr. Moritz).

Versuche zur quantitativen Bestimmung der Zylinder und Blutzellen im menschlichen Urin.

Von

Friedr. G. Rody aus Köln.

In der vorliegenden Arbeit wurde versucht, die Formbestandteile des Harns mit Hilfe der Bürkerschen Zählkammer quantitativ zu bestimmen, und zwar wurde, da besonders die Harnzylinder in verhältnismäßig geringer Anzahl vorhanden sind, versucht, durch Zentrifugieren die Formelemente so anzureichern, daß eine bequeme Bestimmung mit der Bürkerschen Kammer möglich wird.

Ein abgemessenes Volumen des gut durchgemischten Harns (10 ccm) wurde in der elektrischen Zentrifuge geschleudert und die über dem Bodensatz stehende Flüssigkeit bis auf eine zurückbleibende Menge von 0,4—1,0 ccm vorsichtig so abpipettiert, daß der Bodensatz nicht aufgerührt wurde. Zum Zentrifugieren wurden die von Prof. Strzyzowski zur zentrifugalen Eiweißbestimmung angegebenen Röhrchen benutzt. Die Zeit, die zum vollständigen Sedimentieren der Zylinder notwendig ist, schwankt je nach dem spez. Gewicht, und zwar ist bei einer Tourenzahl von 1500/Min. und einem spez. Gewicht von 1010 eine Schleuderzeit von 15 Min. bei einem spez. Gewicht von 1020 : 25 Min. und bei einem spez. Gewicht von 1025 eine Zeit von 30 Minuten erforderlich. Bei noch höherem spez. Gewicht erhöht sich die Dauer des Zentrifugierens so, daß es zweckmäßiger ist, die Flüssigkeit mit dem gleichen Volumen Wasser zu verdünnen. Dagegen gelang es auch nach zweistündigem Zentrifugieren nicht, alle Erythrozyten und besonders die ausgelaugten Blutschatten zum Niederschlag zu bringen. Es wurde deshalb bei der Bestimmung der Erythrozyten meist von einer Konzentration mittels Zentrifuge überhaupt Abstand genommen, zumal die Bürkersche Kammer auch bei nicht konzentriertem Harn noch bequem ein Auszählen gestattet, sofern die Zahl der vorhandenen Blutzellen nicht unter 100 im Kubikmillimeter sinkt. Bei noch stärkerer Verdünnung ist allerdings eine Anreicherung nicht zu umgehen, worunter die Genauigkeit aber leidet. Es wurde also bei der Zylinderbestimmung stets, bei der Erythrozytenbestimmung nur in Ausnahmefällen angereichert. Die nach dem Abpipettieren zurückbleibende Flüssigkeit wurde dann mit einer Quetschpipette etwa 2 Minuten lang mit dem Bodensatz gründlich vermischt, so

daß man eine Flüssigkeit erhielt, in der die gesamte Zylindermenge der 10 ccm in 10—25facher Konzentration vorhanden war. Von diesem Gemisch wurden dann von verschiedenen Stellen Tropfen in die Bürkersche Zählkammer gebracht. Zum Auszählen der Zylinder wurden die 9 je ein Quadratmillimeter großen Felder der Kammer und die schwache Vergrößerung des Mikroskops, zur Erythrozytenbestimmung die $^1/_{25}$- und $^1/_{400}$-Quadratmillimetereinteilung und die starke Vergrößerung benutzt. Durch entsprechende Multiplikation wurde dann der Zylinder- bzw. Zellgehalt des konzentrierten Harns auf ein Kubikzentimeter umgerechnet und durch Division durch die Zahl der Konzentration der Wert für 1 ccm des normalen Urins bestimmt. Um gute Durchschnittswerte zu erhalten, müssen etwa 100 Zylinder und etwa 200 Blutzellen in mindestens 2—3 Präparaten ausgezählt werden.

Auf die angegebene Weise ist es möglich, den Zylinder- bzw. Zellgehalt eines Urins auf etwa 5 Proz. genau zu bestimmen. Aber man erhält dadurch noch keine Übersicht über die gesamte Tagesausscheidung eines Kranken an Zylindern und Blutzellen, da die Größe der Ausscheidung zu verschiedenen Tageszeiten wechselt. Es wurde deshalb der Versuch gemacht, zur Bestimmung dieser Tagesausscheidung den Gesamttagesurin zu benutzen. Zur Bestimmung der Zylinder läßt sich dieser Tagesurin auch verwenden, da die Auflösung der Zylinder so langsam vor sich geht, daß in 24 Stunden kaum eine wesentliche Abnahme nachzuweisen war, und alle Tagesurine ja die gleiche Abnahme erfahren; eine Bestimmung der an einem Tage ausgeschiedenen Erythrozyten ist auf diese Weise aber nicht möglich, da dieselben schon nach wenigen Stunden der Plasmolyse anheimfallen.

Um eine Übersicht zu geben, zu welchen Ergebnissen das angegebene Verfahren führt, wurden bei verschiedenen Krankheitsbildern (akute Glomerulonephritis, chron. Nephritis, luetische Nephrose) fortlaufende tägliche Zylinderbestimmungen und eine Zylinder- und Erythrozytenbestimmung während eines Wasserversuches an den jeweils frisch entleerten Harnportionen gemacht. Die gefundenen Werte wurden der besseren Übersicht halber in Kurven eingetragen.

Alle vier Kurven zeigen übereinstimmend ein Sinken der Zylindermengen, wenn die Wasserausscheidung ansteigt; und umgekehrt sind die höchsten Punkte der Zylinderkurve an den Tagen, an denen die kleinste Urinmenge ausgeschieden wird. Und zwar sinkt nicht nur die relative Zylindermenge, wenn eine Diurese einsetzt, sondern auch die auf den Gesamturin umgerechneten absoluten Zylinderwerte fallen fast im gleichen Maße. Die IV. Kurve insbesondere zeigt, daß diese Verminderung der Zylinderzahl in demselben Moment beginnt, in dem auch die vermehrte Harnmenge

produziert wird. Und umgekehrt, daß, sobald die Diurese wieder nachläßt, auch wieder eine größere Zylinderzahl ausgeschwemmt wird.

Das läßt sich mit der von vielen Autoren vertretenen Ansicht, daß die Zylinder einige Zeit in den Harnkanälchen stecken blieben, und dann erst von dem nachdrängenden Harn ausgeschwemmt würden, nicht in Einklang bringen; denn dann würde man wenigstens für die Zeit unmittelbar nach dem Ansteigen der Harnmenge auch ein Ansteigen der Zylinderzahl erwarten müssen, und ebenso dürfte die Zylinderzahl nicht in demselben Moment, in dem die Diurese abzuklingen beginnt, sofort wieder ansteigen, sondern dieser Anstieg dürfte erst um soviel später erfolgen, als die Zylinder durchschnittlich in den Nierenkanälchen stecken blieben. Es hat also den Anschein, daß die Harnzylinder fast unmittelbar nach ihrer Entstehung ausgeschieden werden.

Zusammengefaßt ergibt sich aus der Arbeit etwa folgendes:

I. Die im Harn ausgeschwemmten Zylinder lassen sich zahlenmäßig auf 5 Proz. genau bestimmen.

II. Die in der Harnmenge von 24 Stunden gefundenen Zylinderwerte geben zu Vergleichszwecken genügende Resultate.

III. Die im Augenblick der Zählung in einem Urin vorhandenen Erythrozyten lassen sich auf 5 Proz. genau bestimmen, wenn ihre Zahl größer als 100/cmm ist.

IV. Ein Durchschnittstageswert für Erythrozyten war nicht zu gewinnen.

V. Alle gemachten Beobachtungen wiesen deutlich eine Verminderung der Zylinderzahl auf, sobald die ausgeschiedene Harnmenge beträchtlich größer wurde.

VI. In den während eines Wasserversuchs gemachten Beobachtungen ging die Erythrozytenzahl der Zylinderzahl annähernd parallel, solange Harnportionen untersucht wurden, die nur kurze Zeit in der Blase waren.

Aus der Akademischen Klinik für Kinderheilkunde zu Düsseldorf
(Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Schloßmann).

Über die Herabsetzung der natürlichen Resistenz grauer Mäuse und weißer Ratten gegen die Infektion mit Diphtheriebazillen und Pneumokokken durch Kälte, Hitze und Hunger.

Von

Hans Schloßmann aus Dresden.

In der vorliegenden Arbeit wurde der Einfluß von Kälte, Hitze und Hunger sowie Kombinationen dieser Schädigungen auf die Infektion mit Diphtheriebazillen und Pneumokokken an grauen Mäusen und weißen Ratten nachgeprüft. Zugleich wurde an einer Reihe von Versuchstieren beobachtet, in welcher Weise eine vorangehende Infektion mit wenig virulenten Erregern eine spätere Infektion beeinflußt.

Die Kälteschädigung von +2° C dauerte 1 bis 5 Stunden, die Hitzeschädigung von +40° C 15 bis 40 Minuten, die Hungerschädigung 18 bis 25 Stunden.

Das Infektionsmaterial bestand für den einen Teil der Tiere aus Diphtheriebazillen, für den anderen aus Pneumokokken. Mit Absicht wurden gerade Diphtheriebazillen gewählt, weil neben anderen besonders Behring berichtet hat, daß Mäuse eine weitgehende Immunität gegen das Diphtheriegift besitzen. In einer neuen Arbeit von Kolle und Schloßberger wird dies allerdings in weitem Maße bestritten.

Da die Pneumokokken für Mäuse die Erreger einer sehr akut verlaufenden Sepsis sind, so wurde eine Kultur gesucht und auch gefunden, die von ihrer Virulenz so viel eingebüßt hatte, daß sie nicht geschädigte Mäuse nicht mehr zu töten vermochte.

Zu allen Versuchsreihen wurden Kontrollen angesetzt, die ohne Schädigung nur mit der entsprechenden Dosis des infektiösen Materials infiziert wurden.

Insgesamt 56 Einzelexperimente in 10 Versuchsreihen an 31 grauen Mäusen und 6 weißen Ratten hatten folgende Ergebnisse:

1. Die Kälte allein konnte in 2 von 4 Fällen = 50 Proz. die Widerstandskraft des Organismus so herabsetzen, daß die Tiere einer Infektion, welche das Kontrolltier nicht sichtbar krank machte, erlagen.

Die Abkühlung des ganzen Körpers bewirkt eine Lähmung aller lebenswichtigen Organe. Wir haben uns unter dem Einfluß der Kälte ein Versagen der Fermentproduktion, der Antikörperproduktion, das Aufhören der Bewegungsfähigkeit der Leukozyten, zuletzt auch ein Erstarren der lebendigen Substanz aller Zellen vorzustellen. Funktionen, die an die Intaktheit aller in Betracht kommenden Zellen und Organe so gebunden sind wie die immunisatorischen Vorgänge, können nicht mehr in vollem Maße erfüllt werden, wenn die Zellen und Organe in ihrer Vitalität und Funktionstüchtigkeit beeinträchtigt sind. So müssen wir vor allem die fehlende Antikörperproduktion und die Hemmung der Leukozyten dem schädigendem Einfluß der Kälte zuschreiben.

2. Die Hitze wirkte bei weitem verderblicher als die Kälte. Schon während der Versuche zeigte sich in großer Unruhe der Tiere die Reaktion auf die erhöhte Temperatur. Von 8 Versuchstieren erlagen 6 = 75 Proz. der nachfolgenden Infektion, und auch die beiden zunächst überlebenden Tiere zeigten später bei der Sektion die Zeichen einer subchronischen Infektion in Gestalt einer stark vergrößerten Milz.

Auch bei der Hitze erklärt sich die Schädigung durch Lähmung des Protoplasmas, der Wärmestarre. Die bewegungsfähigen Leukozyten erstarren, die Gewebe erfahren Veränderungen durch Koagulation des Eiweißes. Die regulatorischen Einrichtungen zur Abwehr der Überhitzung, gesteigerte Schweißsekretion, beschleunigte Atmung können nur kurze Zeit die Folgen der erhöhten Temperatur paralysieren. Besonders früh leiden die Ganglienzellen, und auch bei unseren Versuchen wies die exzessiv gesteigerte Unruhe der Versuchstiere auf zerebrale Störungen hin.

3. Der Hunger konnte in 2 von 4 = 50 Proz. der Fälle die Resistenz so weit herabmindern, daß der Tod der Versuchstiere eintrat.

Biologisch ist durch den Hunger für alle Zellen eine Herabminderung ihrer Funktionstüchtigkeit anzunehmen, bedingt durch das Darniederliegen aller vitalen Vorgänge, und somit ist auch eine geringere immunisatorische Tätigkeit ohne weiteres erklärlich.

4. Kombinationen verschiedener Schädigungen zeigten im allgemeinen das gleiche Bild wie die einfachen Schädigungen. Von 2 dem Hunger und der Kälte ausgesetzten Versuchstieren erlag 1 der Schädigung. Von 5 dem Hunger und Hitze unterworfenen Tieren starben 3, von 3 der Kälte und Hitze ausgesetzten 2.

5. Die vorangehende Infektion mit wenig virulenten Pneumokokken erwies sich bei späterer Infektion mit Diphtheriebazillen bei Ratten als sehr erhebliche Schädigung, indem alle 4 Versuchstiere im Gegensatz zum Kontrolltier der 2. Infektion erlagen. Bei den Mäusen dagegen muß die Frage offen bleiben, inwieweit und in welchem Sinne eine frühere Infektion mit wenig virulenten Diphtherie-

bazillen eine spätere Infektion zu beeinflussen vermag. Bei 4 Tieren wurde eine subchronische, septische Infektion enthüllt, sobald eine neue Infektion den Anlaß zum Versagen aller immunisatorischen Kräfte gab und damit den Tod des Tieres herbeiführte. In 2 anderen Fällen dagegen mußte die vorhergehende Infektion gewissermaßen als eine Schutzimpfung aufgefaßt werden mit Anregung zu erhöhter eigener immunisatorischer Tätigkeit.

6. Anhangsweise füge ich hinzu, daß unsere Versuche die Angabe Kolle-Schloßbergers, daß Mäuse wohl Rezeptoren für Diphtherietoxine haben, bestätigten und damit gegen die Auffassung Behrings von der relativen Giftunempfänglichkeit der Mäuse sprachen.

Aus der Medizinischen Klinik Augusta-Hospital (Prof. Dr. Külbs).

Zur Kasuistik der traumatischen Cholezystitis.

Von

Joseph Hünerbein.

Tritt bei einem Unfallverletzten im Anschluß an den Unfall ein Gallensteinleiden auf, so sind nach Kehr stets zwei Erklärungen möglich und bei der Begutachtung zu berücksichtigen; entweder traf das Trauma eine völlig gesunde, steinfreie oder aber eine steinhaltige Gallenblase an; im ersteren Falle spricht man dann von einer primären, im zweiten Falle von einer sekundären Cholezystitis. Dabei ist es nicht unbedingt erforderlich, daß das Trauma lokal begrenzt die Gallenblasengegend getroffen hat, sondern auch nach allgemeinen traumatischen Einwirkungen, wie Fall aus größerer Höhe, schwerem Heben usw. können beide Formen von Cholezystitis eintreten und dem Gallensteinleiden zugrunde liegen. Dagegen ist unbedingt zu fordern, daß das Gallensteinleiden alsbald nach dem Unfall in Erscheinung tritt oder wenigstens durch Brückenerscheinungen, Druckschmerzen oder dgl. mit dem Unfall in Verbindung steht. Fehlen diese zeitlichen Beziehungen, so ist ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen Unfall und Gallensteinleiden abzulehnen. Es bleibt dann noch die Möglichkeit eines mittelbaren Zusammenhanges zu diskutieren. Läßt sich einerseits nachweisen, daß der Unfallverletzte vor dem Unfall völlig gesund war und mit großer Wahrscheinlichkeit noch keine Gallensteine gehabt hat, und kann man andererseits zeigen, daß er durch den Unfall unter Bedingungen geriet, die die Bildung von Gallensteinen bei ihm verursachten, so kann ein reiner Cholestearin- oder Cholestearinkalkstein gefunden werden, wenn zwischen dem Unfall und dem Manifestwerden des Gallensteinleidens Jahre verflossen sind. Es genügt dabei, gleichgültig, ob reine Cholestearin oder Cholestearinkalksteine gefunden wurden, nachzuweisen, daß bei dem Betreffenden durch Unfallfolgen eine Gallenstauung sicher eingetreten ist, da diese über kurz oder lang auch zu einer Infektion des Blaseninhaltes zu führen pflegt. In gutachtlich schwierigen Fällen kann vielleicht die Beachtung der Steinmorphologie, Chemie und Bakteriologie von einigem Nutzen sein. Der Einfluß der Disposition (Arthritismus) ist ebenfalls entsprechend zu bewerten. In unserem Falle, der der vorliegenden kasuistischen Arbeit zugrunde liegt, führte die Berücksichtigung aller vorstehend aufgeführten Momente dazu, den späteren Tod des Unfallverletzten infolge sekundärer eitriger Gallenblasenentzündung als eine mittelbare Folge des vor 3 Jahren am 21. 7. 15. erlittenen Unfalles anzusehen.

Grippe bei chronischen inneren Erkrankungen während der Grippe-Epidemie 1918/19.

Ein Beitrag zur Frage der Beeinflussung von Krankheiten untereinander.

Von

Ernst Weiner aus Köln.

Die vorliegende Arbeit ist in der Hauptsache ein Beitrag zum Thema „Beeinflussung verschiedener Krankheiten untereinander". Sie befaßt sich hauptsächlich mit der Frage des Einflusses der Grippe auf chronische innere Erkrankungen. Im ganzen lagen mir über 800 Krankenbeobachtungen aus der Epidemie 1918 vor. 53 Fälle berühren das obige Thema.

5 Fälle zeigen ein Zusammentreffen mit Lues, die durch hinzutretende Grippe nicht beeinflußt wird. Die in der Literatur geäußerten Meinungen in dieser Frage stimmen im großen und ganzen mit unseren Erfahrungen überein. Nur vereinzelt wird behauptet, daß die Grippe bei Luetikern einen schwereren Verlauf nehme als gewöhnlich. Nach Urteilen aus allerjüngster Zeit schreibt man dem Quecksilber eine vor Grippe schützende Rolle zu und glaubt, daß mit Quecksilber behandelte Syphilitiker besonders geschützt seien.

Am verschiedenartigsten sind in der Literatur die Meinungen über die Gefährlichkeit des Zusammentreffens von Grippe mit Tuberkulose. An der hiesigen Klinik, in der in einem Pavillon mit etwa 180 Betten ein Saal für Tuberkulöse mit 40 Betten eingerichtet war, nahm die Grippe bei den Kranken einen relativ günstigen Verlauf. Ebenso war es in einer dem Krankenhaus angereihten Nebenabteilung. Die Station war übrigens für alle Kranken zugänglich. Wenn man dazu die gerade in damaliger Zeit ungünstigen Kriegsernährungsverhältnisse betrachtet, kommt man zu einem anscheinend außerordentlich günstigen Ergebnis in unserer Frage. Der weitere Verlauf der Epidemie und die nach ihr folgenden und sicher durch sie bedingten Erkrankungen an Tuberkulose belehrten jedoch eines andern und lassen mich zu dem Schluß kommen, daß die Grippe für Tuberkulöse meist eine Gefährdung bedeutet. Dies trifft besonders für diffuse, ulzeröse und kavernöse Phthisen zu. Wenn sich mit der Grippe zugleich eine Tuberkulose entwickelt, die vorher nicht bestanden hat, so bedeutet das unter allen Umständen ein Signum mali

ominis. Im allgemeinen kann man sagen, daß die Ausdehnung und Art der Tuberkulose ausschlaggebend für die Beurteilung des Einzelfalles ist. — Nicht unerwähnt soll bleiben, daß sich einzelne Grippeschübe in der Epidemie nachweisen lassen, die auf die bestehende Tuberkulose jede verschieden eingewirkt haben. Hier ist wahrscheinlich die Art der Erreger bei der Mischinfektion das ausschlaggebende Moment.

Bei den Beobachtungen von Herzerkrankungen mit Grippe kombiniert spielt das schubweise Auftreten der Grippe auch eine unverkennbare Rolle. Kompensierte Herzfehler überstehen eine Grippe verhältnismäßig leicht, gefährdet sind wegen der hohen Stauung besonders die Mitralstenosen. In der Hauptsache sind die Folgeerscheinungen der Grippe auf das Herz Herzmuskelschwächen mit Verbreiterung des Herzens nach der einen oder anderen Seite, die gleichzeitig den Grund für die oftmals langdauernde Rekonvaleszenz abgeben. Endokarditiden im Anschluß an Grippe, wie sie von anderen Autoren häufig gefunden wurden, ließen sich bei dem Material der hiesigen Klinik nicht nachweisen. Sonst wird die Frage der Beeinflussung auf das gesunde und kranke Herz in der Literatur mit mir übereinstimmend behandelt.

Aus dem letzten Abschnitt meiner Arbeit geht, wenn man die angeführten 8 Fälle und die Literatur vergleicht, hervor, daß einwandfrei festgestellte Albuminurie ein häufiges, jedoch fast bedeutungsloses Vorkommnis ist. Eine durch Grippe bedingte Nephritis scheint, immer vorausgesetzt, daß die Grippe an sich nicht schon lebensbedrohende Formen annimmt, eine relativ gute Prognose zu haben. Kommt dagegen eine Grippe zu einer bereits bestehenden Nephritis, so bedeutet dies eine je nach dem Krankheitszustande mehr oder weniger große Gefährdung.

Bei der Beeinflussung von Krankheiten untereinander und besonders dann, wenn es sich um eine oder mehrere Infektionskrankheiten handelt, hat natürlich der Kräftezustand des Patienten neben Infektionserregern und Art der Epidemie einen ausschlaggebenden Einfluß. Ich habe versucht, bei der Beurteilung des Einzelfalles besonders auch durch Anführung der Krankengeschichten diesem Punkte Rechnung zu tragen. Die meisten Patienten hatten durch die Kriegsernährung mehr oder weniger gelitten. Die Frage, ob jüngere oder ältere Patienten mehr geschädigt wurden, wurde kurz gestreift. Alle die Fragen, die man unter den Begriff „Disposition“ zusammenfaßt, sind nur oberflächlich erwähnt.

Aus der Psychiatrischen Klinik (Prof. Dr. Aschaffenburg).

Die Bedeutung der amnestischen Aphasie für die Diagnose des epileptischen Dämmerzustandes.

Von

Hans Horalek aus Köln.

Die klinische Vieldeutigkeit der Bilder psychischer Erkrankungen fordert genaueste Symptomen- und Verlaufsbeobachtung. Es muß in jedem Fall unser Bestreben sein, die individuelle Schattierung des einzelnen Syndroms möglichst scharf aufzufassen, um Fehldiagnosen vermeiden und zu dem das Spiel der Symptome auslösenden Krankheitsvorgang durchdringen zu können. Wie sehr dieses Reflexspiel den Krankheitsgrund zu verschleiern vermag, zeigt der Kampf, der sich um den Epilepsiebegriff erhoben hat und der, soweit die Grenzfälle in Betracht kommen, noch nicht abgeschlossen ist. Hier waren es speziell die Dämmerzustände epileptischer Natur mit ihren Mischformen, die neben psychiatrischem großes forensisches Interesse gewinnen mußten. Als solche Dämmerzustände benennt Liepmann alle transitorischen psychischen Störungen der Epilepsie mit Bewußtseinstrübung und nachfolgender Erinnerungslosigkeit. Ein solcher Dämmerzustand bei einem Patienten ohne Anamnese erlaubt selten, die Diagnose zu stellen, da der Kranke von vornherein die mannigfachsten Symptome bieten und in derselben Attacke aus einem Zustandsbild in das andere verfallen kann. Aus der Mannigfaltigkeit der Verlaufsart und der einzelnen Stadien hebt sich ein Symptom sprachlicher Störung heraus, das nach früheren Beobachtungen oft noch tagelang die sonstige Bewußtseinsstörung überdauert: die amnestische Aphasie, die erschwerte oder spontan unmögliche Wortfindung. Diese Abart der sensorisch-aphasischen Störung ist dadurch charakterisiert, daß das sensorische Zentrum von der Begriffsregion aus nicht mehr in Tätigkeit versetzt werden kann. Daraus resultiert die Unmöglichkeit einer Erweckung des Wortklangbildes, die sich nach außen geltend macht als Einschränkung oder Aufhebung der Spontansprache. Bietet man aber dem Kranken die „vergessenen" Worte durch Vorsprechen an, erregt man auf diese Weise sein (intaktes) sensorisches Zentrum durch die Akustikusbahn, so zeigen sich Nachsprechen wie Verständnis erhalten. — Während eines kurzen Zeitraums wurden in der Psychiatrischen Klinik der Universität Köln eingelieferte epileptische Dämmerzustände auf Vor-

handensein der entsprechenden Sprachstörung geprüft. Hierbei zeigte sich an zweifelsfreien Epilepsie-Fällen die charakteristische Sprachstörung, die schon früher speziell dem epileptischen Dämmerzustand vindiziert worden war. Damit ist ein wertvolles differentialdiagnostisches Merkmal gegeben, vor allem gegenüber den kurzdauernden rezidivierenden psychischen Störungen hysterischer oder katatonischer Natur, die zu diagnostischen Irrtümern verleiten können.

Die blutige Behandlung von zwei Fällen mit kongenitaler Hüftluxation.

Von

Heinrich Nuttebaum.

Nach einer Statistik, die sich in Hoffas Lehrbuch der orthopädischen Chirurgie befindet, kommt die kongenitale Hüftgelenksverrenkung beim weiblichen Geschlechte etwa 7 mal so oft vor wie beim männlichen. Einseitig kommt sie häufiger vor als doppelseitig, ferner linksseitig mehr als rechtsseitig. Über die Ätiologie der kongenitalen Hüftgelenksluxation lagert bis heute ein Dunkel, das einer allfälligen Aufhellung noch bedarf. Verfechter der Belastungstheorien und Anhänger des Gedankens eines vitium primae formationis stehen sich scharf gegenüber. Die pathologische Anatomie ist im Laufe der Zeit genau studiert und festgelegt worden, wozu die Röntgenstrahlen nicht wenig beigetragen haben. Die klinische Diagnose der kongenitalen Hüftgelenksluxation ist unter Berücksichtigung der anamnestischen Angaben kaum jemals schwer zu stellen. Für die Behandlung kommt fast ausschließlich die unblutige Einrenkung nach Lorenz oder irgendeine Modifikation der Lorenzschen Methode in frühester Jugend in Frage. Nur wenige Fälle bleiben der blutigen Behandlung vorbehalten. Die im Laufe der Zeit aufgekommenen verschiedensten Methoden der blutigen Behandlungsweise tuen zur Genüge dar, daß eine Idealmethode bis heute noch nicht gefunden worden ist. Im Jahre 1918 ist von v. Baeyer in der Münchn. med. Woch. und unabhängig von ihm im Jahre 1919 auch von Lorenz in der Wien. klin. Woch. ein Verfahren publiziert worden, das auf die schon von Kirmisson und Hoffa angewandte subtrochantere Osteotomie zurückkommt. Nach einer schrägen subtrochanteren Osteotomie gipste v. Baeyer das Bein dann aber so ein, daß der distale und proximale Femurteil einen nach hinten und außen offenen Winkel bildete. Er tat dies, um nach erfolgter Konsolidierung durch Parallelstellung des operierten Beines zur Körperachse und die hierdurch bedingte Herunterholung des Trochanter major die relative Verlängerung der Glutäen einzuschränken und dem Becken durch die medial hervorspringende Abknickungsstelle eine Stütze zu geben. In der orthopädischen Klinik von Herrn Prof. Dr. Cramer in Köln wurden zwei Fälle mit irreponibler kongenitaler

Hüftgelenksluxation nach den Angaben von v. Baeyer behandelt. Nach Konsolidierung des operierten Beines war „Trendelenburg“ in beiden Fällen nicht mehr positiv und die Lendenlordose auf ihr physiologisches Maß beschränkt. An Stelle des watschelnden Ganges zeigte sich aber noch ein hinkender Gang, der auf Konto einer Verkürzung des krankseitigen, operierten Beines zu setzen war. Deshalb wurde nach Verlauf eines halben Jahres seit der ersten Operation bei beiden Fällen das gesundseitige Femur zum Ausgleich der Verkürzung osteotomiert. Hierdurch wurde der hinkende Gang völlig behoben, so daß das durch die beiden Operationen erzielte funktionelle Resultat Eltern und Arzt durchaus zufriedenstellte.

Über Behandlung des Erysipels mit gewöhnlichem Pferdeserum.

Von

Heinrich Meinold aus Suttrop.

Das Erysipel ist eine oft mit schweren Allgemeinstörungen einhergehende Infektionskrankheit, bei der man als das wesentlichste Symptom Hautrötung und Schwellung verfolgen kann. Man hat versucht, mit den verschiedensten Mitteln diese lokal zu beeinflussen. Da alle diese Mittel mehr oder weniger gelobt werden, ist es wahrscheinlich, daß sie alle ein Universalmittel nicht darstellen. Die negativen Resultate werden in der Literatur wie bei anderen Erkrankungen, so auch beim Erysipel zu wenig hervorgehoben. Die neueren therapeutischen Bestrebungen, durch Pferdeserum bei Infektionskrankheiten Erfolge zu erzielen, wurden zum Teil mit großem Enthusiasmus begrüßt. Es war aber nach dem außerordentlich wechselnden Verlauf des Erysipels wahrscheinlich, daß bei diesen Erfolgen der Zufall eine große Rolle spielte. Infolgedessen schien es uns berechtigt, Nachprüfungen anzustellen.

Bei dieser Nachprüfung, die 28 Fälle (23 Gesichtserysipele, 3 Gesichts- und Kopferysipele, 1 Kopferysipel, 1 Extremitätenerysipel) enthält, und zwar 7 mit Diphtherie-, 2 mit Meningokokken-, 2 mit Hammelserum, die übrigen mit gewöhnlichem Pferdeserum bis auf eine intravenös sämtlich intramuskulär injiziert, ergab sich, daß in einem Falle ein direkter Heilerfolg erzielt wurde. In diesem Falle hatte 12 Tage lang hohes Fieber bestanden, nach der Injektion kam es sofort zur kritischen Entfieberung. In einem weiteren Falle läßt sich auch von einem therapeutischen Nutzen sprechen. Die Temperatur fällt nach der Injektion kritisch ab, um dann noch für einen Tag mäßig anzusteigen. In sämtlichen anderen 26 Fällen ist kein Erfolg sichtbar. Meist bestand noch mehr oder weniger lange hohes Fieber. In einem Falle kann man sogar von einer Verschleppung der Krankheit sprechen, so daß später noch Bronchitis und leichte Anschoppung im linken Unterlappen auftrat. Viermal wurde ein Weiterwandern beobachtet. Ein Fall kam zum Exitus am 5. Tage an Bronchopneumonie, die am 3. Tage sich zugesellte. An Komplikationen traten sonst noch auf: zweimal Pulsirregularitäten, einmal eine schwere Angina lacunaris. Eine alte Nierenentzündung kam wieder zum Aufflackern, dazu eine

Lymphdrüsenvereiterung; weiterhin sahen wir einmal schwere Allgemeinstörungen mit starken Durchfällen. Auch der Fall, bei welchem die Injektion sicher genützt hat, hatte später eine Schwellung beider Hände und Haarausfall zur Folge. Einen Schutz vor Rezidiven sahen wir nicht. Zweimal flammte, einmal nach 9 Tagen, das andere Mal nach 4 Wochen, die Krankheit von neuem auf. Auch Exantheme kamen bei 2 Fällen vor, urticariaartige Ausschläge an der Injektionsstelle resp. im Gesicht, an Brust und Beinen, jedesmal nach 7 Tagen. Sehen wir von 2 Fällen ab, die nicht sofort bei der Einlieferung gespritzt wurden, und zwei anderen, die überhaupt keine Temperatursteigerung hatten, so ergibt sich für die 24 übrigen Fälle eine Durchschnittsdauer der Temperatursteigerung von 6,43 Tagen, vom Tage der Erkrankung an gerechnet. Von einer beschleunigteren Entfieberung läßt sich wohl nicht sprechen.

Die Therapie mit gewöhnlichem Pferdeserum bei Erysipel bedeutet demnach keinen Fortschritt, zumal auch Komplikationen, die sonst nach Erysipel auftreten, nicht verhütet wurden.

Aus der Orthopädischen Klinik (Prof. Dr. Cramer).

Ein Fall von kongenitaler Mißbildung der Füße.

Von

Franz Samson.

Der Pes adductus, der bei Klumpfüßen, spinalen Lähmungen, Hallux valgus, bei Frakturen im Bereich des Vorderfußes und bei chronisch entzündlichen Prozessen im 1. Tarsometatarsalgelenk sich findet, kommt auch für sich als kongenitale Mißbildung vor. Im Gegensatz zum Metatarsus varus zeigt er keine Verkrümmung der Metatarsalknochen mit nach außen konvexer Krümmung. Wenn auch Dr. K. Hasebroek bei Kindern Einwärtsrotationen des Fußes im Verein mit solchen des Schultergürtels innerhalb physiologischer Breite vorfindet, die er auf Muskelspannungen zurückführt, indem die Muskeln mit Tendenz zur Einwärtsrotation über ihre Antagonisten überwiegen, und die er als atavistische Erscheinungen deutet, so sind doch in der Entwicklungsgeschichte begründet liegende Momente als nicht hinreichend anzusehen für die Auslösung einer Mißbildung, wie sie der Pes adductus darstellt. Vielmehr ist der Pes adductus congenitus wohl so entstanden zu denken, daß der Fuß in utero dauernd passiv in dieser Haltung fixiert wurde, oder aber es lag ein Fehler in der Keimanlage vor. Im vorliegenden Falle handelt es sich um einen 52jährigen Mann, der zwar Zeichen einer überstandenen Rachitis aufweist, die aber als auslösendes Moment für die Mißbildung nicht in Betracht kommt, wohl aber eine Verschlimmerung herbeigeführt haben mag. Bei Betrachtung der Füße von hinten sieht man die ausgesprochene Valgusstellung der Fersen mit stark nach innen vortretenden Knöcheln. Bei der Ansicht von vorn sieht man den Vorderfuß im Verhältnis zum Hinterfuß stark einwärts adduziert, so daß er mit ihm einen nach innen offenen stumpfen Winkel bildet; denselben stumpfen Winkel bilden auch die Zehen mit dem Mittelfuß. An den Füßen zeigt sich ferner eine starke Plattfußbildung, so daß das Navikulare als Tumor am inneren Fußrand zu tasten ist, der selbst dem Fußboden flach aufliegt. Der Plattfuß tritt besonders in den seitlichen Röntgenaufnahmen in die Erscheinung, indem die Konturlinie des Fußrückens eine sattelartige Einsenkung zeigt, wo auch arthritische Knochenspitzen in Erscheinung treten. Auch die Stellung des Kalkaneus, der sich um seine sagittale, vertikale und frontale Achse gedreht hat, weist auf die Plattfußbildung hin. Während die große

Zehe des rechten Fußes amputiert ist, steht die des linken in ausgesprochener Hammerzehenstellung, wobei ihre Grundphalanx in den Weichteilen eingemauert steht. An den Zehen fallen die stark distalwärts verschobenen Schwimmhautfalten auf. Auf dem Fußrücken sieht man ständig wiederkehrende kurze Zusammenziehungen im Bereich des Musculus tibialis anticus, durch die der Vorderfuß vor allem an seiner inneren Kante immer ganz leicht vom Boden angehoben wird, und die vielleicht als Reparationsbestrebungen zur Wiederherstellung des Fußgewölbes zu deuten sind.

Eine operative Behandlung, die bereits im Jahre 1892 mit Entfernung der in Hammerzehenstellung stehenden rechten großen Zehe versucht wurde, führte eher zu einer Verschlimmerung, da die übrigen Zehen um so mehr ihrer Neigung, in Adduktionsstellung zu gehen, folgen konnten. Es kommt vielmehr nur die Verordnung orthopädischer Schuhe mit besonders eingepaßten Einlagen, die den Fuß in normaler Haltung fixieren, in Frage.

Mitteilungen zum Studium des Phagedänismus.

Von

Georg Mittermaier aus Dortmund.

Das Ulcus molle resp. phagedaenicum kommt nach den Zusammenstellungen von Zeißl und Petzold relativ sehr selten vor; begründet wird dies erstens mit dem überhaupt selteneren Vorkommen des Ulcus molle nach deutschen und österreichischen Zusammenstellungen mit Ausnahme von Rußland, wo es nach einer Statistik von Petersen noch sehr häufig ist; zweitens hängt dies mit den Fortschritten der Hygiene und Kultur in den Westländern zusammen. Diese Erfahrungstatsache wurde später noch wissenschaftlich begründet.

Die Zusammenstellungen und Statistiken über das Vorkommen und die Häufigkeit des Ulcus molle phagedaenicum sind nur relativ zu bewerten, da der Begriff des Ulcus molle phagedaenicum überhaupt noch nicht einheitlich festgelegt ist. Ältere Autoren, wie Hebra und Kaposi, kennen nur das Ulcus molle gangraenosum, Zeißl und Neumann nur das phagedänische, ebenso Petersen. Balzer ändert seine Ansicht darüber nach den jeweiligen Forschungsergebnissen. Zuerst brachten Favre und Barbezat das Ulcus molle phagedaenicum in Zusammenhang mit der Nosokomialgangrän. Diese Tatsache haben dann Matzenauer und nach ihm Róna durch gründliche Untersuchungen bestätigt und auf Grund ihrer Ergebnisse das Ulcus molle phagedaenicum mit der Nosokomialgangrän identifiziert. Dieser Ansicht haben sich die neueren Autoren wie Wolff, Mulzer, Lipschütz, Bruhns, Lesser u. a. angeschlossen. Finger weist auf die Wichtigkeit der Balanitis zum Zustandekommen der Phagedän hin.

Die Ätiologie des Ulcus molle phagedaenicum blieb lange ungeklärt. Die älteren Autoren machten dafür hauptsächlich allgemeine Ursachen wie Anämie, Tuberkulose und Skorbut verantwortlich. Petersen nahm allerdings neben den allgemeinen Ursachen das Hinzutreten eines 2. Virus an. Von anderen Autoren werden als Erreger Streptobazillen und Staphylokokken angenommen. Erst Matzenauer hat fast immer, angeregt durch die Untersuchungen Vincents, in Schnitten einen fusiformen Bazillus nachgewiesen in Symbiose mit einer Spirochaete und daraufhin das Ulcus molle phagedaenicum mit der Nosokomialgangrän identifiziert. Eine er-

hebliche Bedeutung kommt natürlich auch der Balanitis zu, wo bereits Vincent einen ähnlichen Bazillus gefunden. Genauer erforscht wurden die verschiedenen Formen der Balanitis von Müller und Scherber.

Durch die Untersuchungen Matzenauers und Rónas wurde auch das Fourniersche Krankheitsbild der spontanen Gangrän der Genitalien unter septischen Allgemeinerscheinungen ätiologisch zum Teil aufgeklärt.

Die Prognose wird im allgemeinen günstig zu stellen sein.

Die Diagnose wird gerade keine Schwierigkeiten bereiten. Es wird allerdings an Hand von zwei jüngst in der Hautklinik der städtischen Krankenanstalten zu Dortmund gezeigt, wie es durch mangelhafte bakteriologische und serologische Untersuchung zu einem schweren diagnostischen Irrtum kommen kann. Der Nachweis der Spirochäten und die Wassermannsche Blutuntersuchung sind zu einer exakten Diagnosestellung unbedingt erforderlich; es kann dann erst eine zweckentsprechende Therapie eingeleitet werden.

In der Therapie des Ulcus molle phagedaenicum ist von fast allen Autoren das Jodoform als das wirksamste Mittel anerkannt; daneben kommen noch zur Anwendung Ätzungen mit Karbolsäure oder mit dem Paquelin, Spülungen mit antiseptischen Lösungen. Das Salvarsan hat sich bis jetzt nicht bewährt. Eine spezifische Therapie kommt nicht in Frage.

Aus der Gynäkologischen Klinik der Universität Köln (Prof. Füth).

Myom und Lebensalter.

Von

Hans Janke aus Ehrenbreitstein.

Myome des Uterus stellen eine häufige Erkrankung des weiblichen Genitalapparats dar, kommen aber wegen ihrer relativen Gutartigkeit nur in einer beschränkten Anzahl von Fällen in ärztliche Behandlung und werden zum großen Teil erst zufällig bei Operationen oder Sektionen entdeckt. Wenn hierdurch statistischen Untersuchungen, welche sich auf die Beziehungen der glatten Muskelgeschwülste zu dem Lebensalter der Frauen erstrecken, Ungenauigkeiten anhaften müssen, so gewinnen diese doch anderseits dadurch an Wert, daß die Ergebnisse der verschiedensten Autoren an einer Reihe von Kliniken eine bemerkenswerte Übereinstimmung zeigen. An der Kölner Gynäkologischen Universitätsklinik wiesen 187 Fälle von Myoma uteri folgende Verteilung auf die verschiedenen Altersklassen auf:

21—25 J.	26—30 J.	31—35 J.	36—40 J.	41—45 J.	46—50 J.	51—55 J.	56—60 J.	61—70 J.
1	13	23	37	45	47	18	2	1
0,53 %	6,91 %	19,3 %	19,8 %	24,1 %	25,1 %	9,6 %	1,1 %	0,53 %

Statistiken von Hofmeier, Gusserow, von Winckel, C. Glöckler (Straßburg) bieten derart weitgehende Ähnlichkeiten der prozentualen Verhältnisse, daß es berechtigt erscheint, das Myom als eine Erkrankung der Frauen hauptsächlich in der 2. Hälfte ihres geschlechtstüchtigen Lebens, d. h. etwa der Altersklasse vom 40. bis 55. Lebensjahre zu bezeichnen. Vor der Pubertät ist eine sichere Myomentwicklung nicht beobachtet, womit jedoch nicht die Möglichkeit ausgeschlossen werden soll, die erste Anlage in ein sehr frühes Alter zu verlegen. Insbesondere durch Sakuraris Untersuchungen wurden schon bei ganz jugendlichen Individuen Zellherde im Uterus gefunden, die als Myomkeime gedeutet werden mußten. Auch sind Myomentwicklungen vor dem 33. Lebensjahre — abgesehen von den hierzu disponierten Negerinnen — selten, so daß sie als „Frühfälle“ bezeichnet werden können. Ein beträchtliches Absinken der Erkrankungsziffern erfolgt sodann mit Anfang der 50er Jahre.

In der Frage der Pathogenese der Myome nach irgendeiner Richtung eine Klärung herbeizuführen, sind diese Feststellungen nicht in der Lage. Gerade bei den zur Erkrankung prädisponierten Altersklassen spielen ebensogut irritative Momente — im Sinne Virchows — wie auch anderseits Störungen der Ovarialfunktionen, die Seitz, ausgehend von seiner Hormontheorie, als ätiologisches Moment anschuldigt, eine Rolle.

Für die Diagnosenstellung wird die Berücksichtigung des Alters mitunter differentialdiagnostisch herangezogen werden können.

In bezug auf den klinischen Verlauf ist erwähnenswert, daß von mehreren Seiten, besonders bei Frühfällen, in einem früheren Eintreten der Menarche ein Frühsymptom erblickt wurde. Das zeitliche Zusammenfallen geschlechtlicher Funktionen mit Myomatosis bedingt gegenseitige Beeinflussungen, die vor allem für die Frage der Schwangerschaft von Bedeutung sind. Nach Hofmeiers Ausführungen werden Myome in den meisten Fällen zu Unrecht als Hindernis für Conception und Gravidität beschuldigt. Das relativ häufige Vorkommen bei Ledigen wird mehrfach in der Literatur als Beweis dafür angeführt, daß zu geringe Inanspruchnahme des Genitalapparats die Myomentwicklung begünstige. Das verzögerte Eintreten des Klimakteriums durch Myome gilt als bekannte klinische Erscheinung, ebenso die abnehmende Entwicklungstendenz der Tumoren oder degenerative und maligne Umwandlungen im höheren Alter. Auch Weiterentwicklungen nach der Menopause sind beobachtet und beschrieben.

Trotzdem lassen sich prognostisch Myome des klimakterischen Alters wesentlich günstiger beurteilen als solche bei jüngeren Frauen, bei denen mit einem stetig fortschreitenden Wachstum gerechnet werden muß.

Therapeutisch ist die operative Behandlung für Myomkranke aller Altersklassen in gleichem Maße anwendbar; ein symptomatisches Regime, das besonders für ältere Frauen um die Zeit des Klimakteriums herum gilt, ist stets nur mit Vorsicht unter ständiger ärztlicher Kontrolle anzuraten. Die Resultate der Strahlentherapie bei jüngeren Patientinnen, die Oligomenorrhöe und Wachstumshemmung des Tumors unter Erhaltung der Geschlechtsfunktionen und Gebärfähigkeit zu erreichen sucht, sind noch zu wenig geklärt, um diese Behandlungsweise allgemein empfehlen zu können. Hier kommt nach Möglichkeit vor allem die Enukleation in Frage.

Aus der Chirurgischen Klinik des Augusta-Hospitals
(Prof. Dr. Frangenheim).

Über Wirbelexostosen.

Von

Hubert Freischem aus Köln.

Die Exostosen und Enchondrome gehören wohl zu den seltensten Wirbeltumoren, deshalb dürfte der im folgenden kurz ausgeführte Fall einer Exostose der sieben Halswirbel, die im Jahre 1917 am Kölner Bürgerhospitale beobachtet wurde, Beachtung beanspruchen.

Es handelte sich um einen 63jährigen Patienten, der seit $1^1/_2$ Jahren ein Nachlassen seiner Stimme bemerkte. Er wurde heiser und zeitweilig bestand völliger Stimmverlust. Seit Februar 1917 traten Halsschmerzen hinzu und Patient bemerkte eine Anschwellung im Rachen. Daneben bestanden starke Deglutinationsbeschwerden. Im August 1917 wurde im Kölner Bürgerhospital ein Tumor der Wirbelsäule festgestellt und im September 1917 Patient zwecks Operation aufgenommen. Bei der Aufnahme fand sich an der hinteren Pharynxwand ein taubeneigroßer, von normaler Schleimhaut bedeckter Tumor von knochenharter Konsistenz, der sich in den Pharynx vorwölbte. Am Larynx fand sich eine Parese des linken Stimmbandes, sowie ein leichtes Ödem der Aryknorpelgegend. Das Röntgenbild zeigt eine breit der Vorderseite der Halswirbelkörper aufsitzende Geschwulst, die mit einem oberen Zapfen in der Höhe des 1. Halswirbels nicht mit der Wirbelsäule verwachsen war. In der Höhe des 3. Halswirbels erreichte die Geschwulst ihre größte Breite. Bei der von Prof. Dr. Frangenheim in Lokalanästhesie vorgenommenen Operation fand sich ein elfenbeinharter Tumor, der sämtlichen Wirbelkörpern des Halses aufsaß und mit dichtem Bindegewebe bekleidet war. Die Geschwulst saß mehr auf der linken Seite und zeigte in ihrem Innern spongiösen Bau mit Einlagerung von größeren Bindegewebsinseln. Sie war durchweg $2^1/_2$ cm breit und $1^1/_2$ cm dick. Bis auf einen flachen Rest an ihrem unteren Pole wurde sie mit Meißel und Kneifzange völlig entfernt. Ihre Freilegung erfolgte durch Eingehen am inneren Rande des linken Kopfnickers und nach Freipräparieren der großen Halsgefäße, sowie nach Unterbindung der Jugularis externa und der Art. thyreoidea superior und einiger Venen im Gebiete der Vena facialis. Die Operationswunde heilte ohne Besonderheiten, und nachdem

Patient noch eine Nephritis überstanden hatte, wurde er am 9. 1. 18 nach Hause entlassen. Bei der am 8. 6. 20 stattgefundenen Nachuntersuchung erklärte Patient, seit $2^3/_4$ Jahren völlig beschwerdefrei zu sein. Deglutinationsbeschwerden bestehen nicht mehr, ebenfalls ist die Heiserkeit und Stimmabschwächung verschwunden. Bei der Untersuchung des Knochensystems fand sich ein Pectus carinatum, sowie zwei kirschgroße Exostosen, die auf den Proc. spinos. des 12. Brust- und 1. Lendenwirbels sitzen. Ferner eine Verkürzung des rechten Unterarms um $1^1/_2$ cm und auf dem rechten Epicondylus medialis humeri eine kirschgroße in breiter Basis aufsitzende Knochenverdickung, die, nach dem Röntgenbild aus spongiöser Knochensubstanz bestehend, ohne Grenze in die Spongiosa des unteren Humerus übergeht. Es passen die gemachten Beobachtungen völlig in das Krankheitsbild der multiplen, kartilaginären Exostosen, das von zahlreichen Autoren auf Grund vieler klinischer Erscheinungen ziemlich scharf charakterisiert worden ist.

Die Frage nach dem Wesen und der Ursache der Exostosen ist noch ungeklärt. Im allgemeinen entstehen die Exostosen langsam und unbemerkt vom Träger. Gegen zufällige örtliche Entstehungsursachen spricht am meisten die Heredität der Exostosen. Der Vererbungsmodus ist unbestimmt; das männliche Geschlecht ist 3 mal häufiger befallen. Die Exostosen kommen in allen möglichen Variationen mit den Enchondromen zusammen vor. Wachstumsstörungen sind häufig bei multiplen Exostosen. Man sieht Verkürzungen und Verbiegungen der Knochen; Zurückbleiben des Längenwachstums einzelner Knochen in demselben Verhältnis zur Zahl und Größe der Knochentumoren (Bessel-Hagen). Andere Autoren, wie Pels-Luesenden, beschrieben Fälle, wo die am stärksten in der Entwicklung zurückgebliebenen Knochen keineswegs die mit Exostosen besetzten waren. So ist auch in unserem Falle der verkürzte rechte Unterarm exostosenfrei. Besonders häufige Wachstumsanomalien sind Verkürzung der Ulna, Subluxation des Radiusköpfchens, Abduktions- und Adduktionsstellungen der Hand, Valgus- und Varusstellungen der Füße, Tibiaverkürzung und Plattfußbildung. Nach Bessel-Hagen entsteht oft durch exostotische Einflüsse ein Pectus carinatum. So findet sich auch in unserem Falle eine Deformität des Thorax im Sinne eines Pectus carinatum. Was die klinische Bedeutung der Exostosen angeht, so sind sie im allgemeinen ein harmloses Übel, jedoch können sie durch ihre Größe, ihren Sitz und ihre nahe Verwandtschaft mit den Enchondromen eine relative Bösartigkeit bekunden. Auf das Nervensystem können die Exostosen je nach ihrem Sitze die verderblichsten Wirkungen ausüben. Es wurden beobachtet Neuralgien, die durch Exostosen bedingt waren, Peronaeuslähmungen, Tibialisparese, Fazialis- und Hypoglossusparesen, eitrige Meningitis durch

Schädelexostosen, auch Epilepsie. Sodann können durch Schädelexostosen schwere Hörstörungen durch Verlegung der äußeren Gehörgänge, sowie Exophthalmus durch Orbitalexostosen verursacht werden. Vor allem haben die Wirbelexostosen eine besonders wichtige klinische Bedeutung, da sie nach ihrem Sitz und ihrer Wachstumsrichtung und Größe die verschiedensten Symptome verursachen können. Es sind viele Fälle von Rückenmarkskompression mitgeteilt, die einen tödlichen Verlauf nahmen. Ochsner und Rollstein sowie Le Damany entfernten die Wirbelexostosen mit gutem Erfolg. Wirbelenchodrome können durch die Foramina intervertebralia in den Wirbelkanal eindringen. In der neuesten Zeit brachte Leopold Mayer (Brüssel) ein Halswirbelenchodrom, das das Rückenmark komprimierte, zur völligen Heilung durch Exstirpation. Sitzen die Wirbelexostosen, wie meistens, an der Außenseite der Wirbel, so können sie bei beträchtlicher Größe durch Druck auf die überlagernden Weichteile Dekubitusgeschwüre erzeugen. Bär entfernte eine Exostose des 3. Lendenwirbels, die Ischiasschmerzen hervorrief. Cooper und Pagel sahen schwere Gefäßkompressionen durch Wirbelexostosen. Deglutinationsbeschwerden werden hauptsächlich durch Halswirbelexostosen hervorgerufen. Der von Huder mitgeteilte Fall ist dem unsrigen in mancher Beziehung ähnlich. Auch hier entwickelte sich erst im höheren Lebensalter eine Exostose an der Außenseite der Halswirbelkörper, die durch Druck auf die Speiseröhre starke Schluckbeschwerden verursachte.

Was die Therapie der Wirbelsäulenexostosen angeht, so erfordern sie je nach der Art ihres Sitzes ein verschiedenes operatives Vorgehen. Sitzen Tumoren an der Vorderseite der Wirbelkörper, so dürfte für Halswirbelexostosen der in unserem Falle eingeschlagene Weg der Entfernung der beste sein. Für Knochenknorpelgeschwülste der Brustwirbel ist vielleicht die Costotransversectomie unter Zuhilfenahme des Unter- oder Überdruckverfahrens möglich. Für Exostosen und Enchondrome der Lendenwirbelsäule, die ventralwärts gerichtet sitzen, ist der transperitoneale Weg der Laparotomie der gegebene. Entwickeln sich die Tumoren nach dem Wirbelkanal zu und komprimieren das Rückenmark, so ist die Laminektomie angezeigt. Nach Pels-Leusden soll man jedoch Exostosen nur dann entfernen, wenn sie durch ihre Größe oder ihren Sitz den Träger derselben zu sehr stören. Enchondrome dagegen sollten in jedem Falle, wo es ohne Gefahr geschehen kann, wegen ihrer Neigung zur Malignität entfernt werden. Innerliche Behandlung mit Arsen, Jodkali und Schilddrüsenpräparaten, sowie Röntgenbestrahlung sind ziemlich erfolglos.

Über krebsige Thrombose der Pfortader nach Magenkarzinom.

Von

Karl Worringen aus Köln.

Ein Magenkrebs kann sich auf sehr verschiedene Art und Weise ausbreiten. Er wächst sehr rasch in den einzelnen Schichten des Magens und breitet sich metastatisch auf dem Lymph- und Blutwege aus. In ganz seltenen Fällen setzt sich das Magenkarzinom unmittelbar in den Gefäßbahnen fort, gelangt kontinuierlich in die Pfortader und hier, weiterwachsend, ruft es metastatisch ein Leberkarzinom hervor mit einem eigentümlichen pathologisch-anatomischen Bild.

Ein solcher Fall von fortgesetzter karzinomatöser Thrombose der Pfortader nach Magenkrebs kam im Juni 1919 im Kölner pathologischen Institut (Prof. Dietrich) zur Sektion.

Der 61jährige Tagelöhner war nach der Krankengeschichte der medizinischen Klinik (Geheimrat Moritz) nie magenleidend gewesen. Im April 1919 erkrankte er plötzlich mit starken Ödemen an den Beinen und Aszites. Leber war stark druckempfindlich und vergrößert. Leberrand höckerig. Es wurde mehrere Male die Bauchpunktion vorgenommen. Doch erfolgte am 7. 6. 19 unter Herzschwäche der Exitus letalis. Die klinische Diagnose lautete: Ca.-Metastasen im Abdomen spec. Hepar. Primärer Sitz nicht feststellbar.

Die Sektion ergab in der Bauchhöhle 2000 cbcm schwarzgrüner, klarer Flüssigkeit. Auf der Serosa des Magens findet sich in der Mitte der kleinen Kurvatur eine diffuse weißliche Verdickung. An dieser Stelle findet sich auf der Schleimhaut eine etwa klein-handtellergroße Geschwulst. Die Oberfläche ist schmutzig-gelb gefärbt, zeigt größeren Substanzverlust und erscheint dadurch zerklüftet. Die ganze Magenwand ist verhärtet und verdickt. Durchschneidet man Tumor und Magenwand, so sieht man, daß die markigen Massen tief in den einzelnen Magenschichten verankert sind.

Die zum Pfortadersystem gehörenden größeren Venen des Magens wie auch der Milz, des Mesenterium und Mesocolon zeigen verdickte Wandungen und sind beträchtlich erweitert. Sowohl die Venenstämme als auch die größeren Wurzeln sind vollständig ausgefüllt durch eine rötlich-gelbe bröcklige Masse; durch die gleiche

Masse ist auch die ganze Pfortader ausgefüllt bis in die kleinsten Endverzweigungen der Pfortader in der Leber.

Die Leber ist auf das Dreifache vergrößert. Die Oberfläche ist uneben, bucklig. Die ganze Leber ist von zahllosen, verschieden großen, im Zentrum eine nabelartige Delle aufweisenden Knoten dicht durchsetzt. Nur am rechten Leberlappen ist das Lebergewebe teilweise noch gut erhalten.

Die mikroskopische Untersuchung ergibt einen Medullarkrebs des Magens. Die bröckligen Massen in den Magenvenen, innerhalb der Pfortader und in den Wurzeln und Ästen derselben bestehen überall aus vielgestaltigen, meist großen Zellen, die einen oder mehrere große Kerne besitzen. Inmitten der Zellmassen findet sich ein sehr zartes Stroma, das oft nur bei besonderer Bindegewebsfärbung zu erkennen ist. Mitten im Geschwulststroma sieht man ganz kleine Gefäße, die besonders deutlich bei Elastinfärbung werden und dann eine ganz zarte Elastika erkennen lassen. An den Schnitten sieht man, daß die Geschwulst sich bis in alle Teile der Leber in den Gefäßen vorgeschoben hat. Trotzdem erscheint das Lebergewebe selbst in einigen Teilen noch recht gut erhalten. Man kann aber auch beobachten, daß die Leberzellen, jedenfalls infolge von Zirkulationsstörungen, die durch den vordringenden Tumor bedingt sind, neben der Kompression auch in wechselndem Umfange eine Nekrose zeigen. Das lehren Bezirke neben den erhaltenen Leberteilen, in denen die Kernfärbung fehlt oder nur blasse Kernschatten zu erkennen sind. Es ist immerhin überraschend, daß bei diesen großen Veränderungen doch noch große Bezirke erhaltenen Lebergewebes vorhanden sind.

Die bisher in der Literatur verzeichneten Fälle von Karzinom im Inneren der Venen des Pfortadersystems zeigen, daß dieses Leiden, wenn es auch immerhin selten ist, doch schon in zahlreichen Fällen beobachtet wurde. Eine Vergleichung der genauer beschriebenen Fälle untereinander und mit unserem Falle zeigt, daß dieselben in betreff des anatomischen Verhaltens eine überraschende, bis in das einzelne sich erstreckende Übereinstimmung zeigen. Die Abweichungen von unserem Falle bestehen fast nur darin, daß die Anfüllung der Venen des Pfortadergebiets mit Krebsmasse in den meisten anderen Fällen eine nicht so vollständige war.

Unser Fall zeigte denn auch wieder, daß der Venenkrebs sich genau so verhält, wie der Krebs an irgendeiner anderen Stelle des Körpers. Er wächst mit einem bindegewebigen Stroma und mit feinen Gefäßen in der Achse der Stromabalken sehr schnell im Lumen der Gefäße, ohne daß er die Venenwandungen zu ergreifen braucht.

Diese Feststellung ist immerhin sehr bedeutungsvoll; denn es sind beim Wachstum des Venenkrebses 2 Vorgänge zu unterscheiden:

1. Wachstum der Krebszellen im Plasma des Pfortaderblutes nach Art der Carellschen Kulturen und Anlagerung von thrombotischem Material, dessen Organisation zugleich das Krebsstroma liefert;
2. gleichzeitiges Vordringen von Krebs und Stroma, das also gleichsam als Skelett mit dem Wachstum der Krebszellen zwangsweise Schritt hält.

Eine genaue Unterscheidung dieser beiden Vorgänge ist nicht leicht und auch in der Literatur findet sich keine scharfe Trennung. Offenbar ist beides möglich. In unserem Falle aber gab die Untersuchung Gelegenheit, festzustellen, daß es sich um ein Fortwachsen der Geschwulst und des Stromas handelt, nicht um eine bloße Anhäufung von Krebszellen im Blut, die mit thrombotischer Masse vorgeschoben werden.

Es ist nicht ein Krebswachstum unter Beteiligung einer Thrombosierung, in die auch das Krebsepithel vordringt und in der später eine Organisation eintritt, die dem Epithel das Stroma liefert, sondern eine richtige Ausfüllung des Gefäßes mit Krebsgeschwulst.

Zur Statistik der Paralyse, insbesondere ihres psychiatrischen Bildes.

Von

Matthias Hackenbroch aus Köln.

In der Kölner Psychiatrischen Klinik kamen in den Jahren 1908—1918 648 Fälle von Paralyse zur Aufnahme, von denen 590 statistisch verwertet werden konnten. Sie machten im Durchschnitt 3,74 Proz. der Gesamtaufnahmen aus, und zwar 4,14 Proz. der männlichen, 2,9 Proz. der weiblichen Aufnahmen.

Die Männerparalyse stand zur Frauenparalyse durchschnittlich im Verhältnis 3,15 : 1, und zwar vor dem Kriege 3,50 : 1, seit 1914 2,73 : 1.

Absolute und relative Zahl der Paralytiker zeigen bei beiden Geschlechtern seit 1914 eine Tendenz zu sinken. Im allgemeinen ist dabei, besonders bei den Frauenparalysen, ein leichtes Ansteigen der Kurve bis 1913, ein Abschwellen seit 1914 zu bemerken.

Nach der gebräuchlichen Einteilung zeigten:

17,46 (22,22) Proz. der Fälle das Bild der depressiven Form
14,63 (46,8) „ „ „ „ „ „ dementen „
38,2 (30,99) „ „ „ „ „ „ expansiven „

In den Klammern Frauenparalyse.

Es herrscht also bei beiden Geschlechtern die demente Form vor, dann folgen in der Häufigkeit die expansiven, dann die depressiven Formen (Befund fast aller Statistiken seit etwa 1890).

Unter den weiblichen Paralytikern tritt das Prävalieren der dementen Form noch stärker hervor, auch sind die depressiven Formen hier häufiger als bei den männlichen Patienten, die expansiven dafür seltener.

Ausgesprochene Größenideen waren bei Männern häufiger als bei Frauen (28,5 Proz. bis 21,64 Proz.). Katatoniforme Symptome zeigten nur männliche Paralytiker (1,43 Proz.). Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen fanden sich häufiger bei Frauen (16,96 Proz. bis 8,19 Proz.).

Die Ergebnisse der Berufsstatistik decken sich im wesentlichen mit anderen Statistiken. Am stärksten beteiligt ist bei beiden Geschlechtern die Arbeiterbevölkerung, am wenigsten die Landbevölkerung. Dazwischen stehen Kaufleute, Geschäftsleute, Beamte. Juden waren nicht besonders stark beteiligt.

Im allgemeinen zeigt sich, daß Material und Beobachtungsdauer nicht ausreichen, um zu sicheren, augenfälligen Ergebnissen zu gelangen. Störend wirkt auch das Dazwischentreten des Krieges. Immerhin lassen sich die gefundenen Zahlen mit den Ergebnissen anderer Statistiken gut vereinigen.

Aus der Chirurgischen Klinik Augusta-Hospital
(Prof. Dr. P. Frangenheim).

Über Mammatuberkulose.

Von

Hellmut Peil aus Hamm a. S.

Im Anschluß an einen Überblick über die Literatur werden drei neue Fälle von Mammatuberkulose veröffentlicht, die in der Chirurgischen Klinik des Kölner Bürgerhospitals beobachtet wurden. Während bei den bisher veröffentlichten Fällen sich das Alter der Patienten in den Grenzen zwischen 18 und 47 Jahren hielt, zählt von den drei Fällen einer 17 und ein anderer 74 Jahre. Hereditär belastet war nur eine Patientin. Bei ihr entstand die Erkrankung im Anschluß an die Laktation der Brustdrüse, bei den beiden anderen spielt ein Trauma in der Ätiologie eine Rolle. Anderweitige tuberkulöse Affektionen waren bei keiner Patientin nachweisbar. Doch bestand in einem Fall begründeter Verdacht auf früher durchgemachte Lungentuberkulose, im anderen Fall die Wahrscheinlichkeit einer solchen, während im dritten Fall keine Anhaltspunkte dafür vorhanden waren. Bei 2 erkrankte die rechte (Trauma), bei der 3. die linke Brustdrüse. Fieber und Schmerzen wurden nur bei der 17jährigen Patientin beobachtet. In 2 Fällen waren die Achseldrüsen sekundär erkrankt. Es handelt sich in allen 3 Fällen um die konfluierende Form der Mammatuberkulose mit Abszeßbildung. Differentialdiagnostisch kamen in einem Fall Lues, im andern Fall akute Mastitis in Frage. Die Diagnose wurde durch mikroskopische Untersuchung von seiten des Pathologischen Instituts gestützt. Die Therapie bestand in einem Fall in Amputation der Mamma mit Ausräumung der Achseldrüsen, in den anderen Fällen in partieller Exstirpation. Bei allen 3 Patienten wurde Röntgenbestrahlung angeordnet, im ersteren Falle kombiniert mit Höhensonne. Die Nachuntersuchung ergab in 2 Fällen Heilung. Die Patientin, bei der die Amputation gemacht worden war, bekam 2 Rückfälle der Erkrankung.

In der anschließenden zusammenfassenden Besprechung bin ich zu der Ansicht gekommen, daß es sich in allen 3 Fällen um sekundäre Mammatuberkulose handelt, die durch Trauma veranlaßt wurde. Der Einfluß der Gravidität und Laktation auf die Tuberkulose der Brustdrüse ist von den meisten Autoren anerkannt und wird in dem Sinne erklärt, daß erhöhte Zirkulation in der Brust-

drüse erhöhte Infektionsgefahr bedeutet. Da die heutige Meinung über die Tuberkulose gegen diese Auffassung spricht, möchte ich den Einfluß von Gravidität und Laktation durch Traumen (Stillgeschäft) bedingt annehmen. Daß außerdem im allgemeinen häufiger, als gewöhnlich angenommen wird, das Trauma in der Ätiologie eine Rolle spielt, habe ich durch weitere Ausführung zu beweisen und weiterhin damit die in der Literatur festgelegte Tatsache zu erklären gesucht, daß die rechte Brustdrüse fast doppelt so oft erkrankt als die linke. Dann habe ich darauf hingewiesen, daß bei dem Fehlen von typischen Tuberkeln und Epitheloidzellen in den ersten mikroskopischen Schnitten die Diagnose der Mammatuberkulose gegenüber unspezifischen Entzündungen nur durch Prüfung zahlreicher Serienschnitte und Entnahme von Untersuchungsmaterial aus verschiedenen verdächtigen Stellen gestellt werden kann.

Aus dem Pathologischen Institut der Akademie für praktische Medizin zu Düsseldorf (Prof. Dr. Beitzke).

Über einen Fall von angeborener Sarkomatose.

Von

Erna Schloßmann aus Dresden.

Da angeborene Tumoren mit reichlicher Metastasenbildung zu den Seltenheiten gehören, soll hier kurz ein derartiger Fall beschrieben werden. Es handelt sich um ein drei Stunden altes, ausgetragenes, normal entwickeltes Neugeborenes, das auf der Haut sowie in fast allen inneren Organen eine Unzahl weißlicher, derber Knoten und blaurote Flecken von Hirsekorn- bis Markstückgröße aufweist. Die Knoten, von denen sich die größten am Rücken finden, sind mit der Haut verwachsen, aber mit ihr auf der Unterlage verschieblich. Die Tumoren sind regellos verteilt. Selbst Handteller und Finger sind nicht verschont. Besonders zahlreich finden sie sich aber im Gesicht und am Rumpf. An den inneren Organen fallen die Knoten besonders an Herz, Magen, Darm, Pankreas und Leber auf. Am Herzen sitzen sie an der Oberfläche und am parietalen Blatt des Herzbeutels. Sie sind hier mohnkorn- bis linsengroß. Vereinzelte Knötchen kann man auch in der Lunge finden. Am Darm und Magen sitzen sie in Abständen von 5—10 cm und sind sowohl an der Außen- wie auch an der Innenfläche deutlich fühlbar. Von Bauchfell und Schleimhaut sind sie aber glatt überzogen. In der Leber kann man das Geschwulstgewebe entlang den Pfortaderästen deutlich verfolgen. Es bildet hier ein Netz von weißlichen Strängen. Die schwersten Veränderungen weist das Pankreas auf, dessen Kopfteil in eine derbe, wulstige Masse verwandelt ist. Hier ist überhaupt kein Organgewebe mehr zu erkennen. Auch die Knorpel-Knochengrenze der Rippen läßt eine tumorartige Auftreibung erkennen. Auch am Schädelperiost finden sich eine Anzahl knotiger Vorwölbungen.

Mikroskopisch betrachtet bietet das Tumorgewebe in allen Organen das gleiche Bild. Nur ist die Nekrose und der Zerfall der einzelnen Zellen in den verschiedenen Organen verschieden weit vorgeschritten. Die Neubildungen setzen sich zusammen aus dichtgelagerten, vielfach gegeneinander abgeplatteten Zellen ohne Ausbildung von Interzellularsubstanz. Die Kerne, die bei starker Differenzierung ein deutliches Chromatingerüst aufweisen, haben einen rundlichen oder ovalen, oft auch vielgestaltigen Kern. Der Proto-

plasmasaum ist schmal und oft nur bei stärkster Vergrößerung erkennbar. Die Zellen liegen zum Teil ungeordnet nebeneinander, zum Teil sind sie in Reihen gestellt, wobei sie durch feine Blutkapillaren geschieden sind.

In der Leber setzt sich das Geschwulstgewebe nur unscharf gegen die Leberläppchen ab und erstreckt sich zwischen die Leberzellbalken, die dadurch auseinandergedrängt werden und an einigen Stellen offensichtlich verschmälert sind. An den Randpartien finden sich zahlreiche Rundzellen. In Magen und Darm schließt der Tumor nur stellenweise scharf mit der Muscularis mucosae ab. An anderen Stellen dringen die Tumorzellen entlang den Gefäßscheiden in die Schleimhaut ein und breiten sich subepithelial aus. Das Pankreas ist in seinem Kopfteil vollständig zerstört. Besonders im Zentrum findet sich stärkster Zerfall der Kerne. Neben Chromatintrümmern läßt sich nur eine helle, homogene Masse erkennen. Ein anscheinend frisch entstandener Geschwulstherd liegt im Herzen, wo sich neben einem größeren Zellhaufen in dem subperikardialen Gewebe kleinere strichförmige, über die ganze Muskulatur verstreute finden. Hier sind die Kerne überall noch gut erhalten. In der Haut liegen die Tumoren im Korium und Unterhautzellgewebe. Die Epithelschicht wird nirgends durchsetzt.

Differentialdiagnostisch kommt Leukämie oder ein Tumor in Frage. Für Leukämie spricht allein die Tatsache, daß ein Primärtumor nicht mit Sicherheit nachweisbar ist, ferner die zahlreichen zerbröckelnden Kerne, die vielfach den Eindruck von Leukozytenkernen machten. Gegen Leukämie spricht aber das normale Verhalten von Milz und Blutbild. Als Tumor kommt nur das Sarkom in Frage, da die Geschwulstknoten einen Aufbau aus Zellen ohne Ausbildung von Interzellularsubstanz aufweisen. Auch das das Standortgewebe infiltrierende Wachstum ohne Ausbildung von Stroma spricht für diese Annahme. Als primärer Sitz des Tumors kommt vor allem das Pankreas in Frage. Es zeigte sowohl makroskopisch wie auch mikroskopisch die schwersten Veränderungen. Auch die besonders starke Ausbreitung der Geschwulstmassen in Leber, Darm und Magen spricht für einen primären Sitz im Pfortadergebiet. Die Zeit der Entstehung des Tumors ist nicht genau zu bestimmen. Doch kommen nur die letzten Fötalmonate in Frage. Bei einer früheren Entstehung hätte das Kind größere Mängel in der Entwicklung gezeigt und wäre wohl auch nicht ausgetragen gewesen. Daß eine so ausgedehnte Tumorenbildung sogar in 8 Wochen möglich ist, beweisen an Lebenden beobachtete Fälle.

Aus der Medizinischen Klinik Lindenburg
(Geheimrat Prof. Dr. Moritz).

Zur Ätiologie und Therapie der Leukämie unter besonderer Berücksichtigung der Röntgenstrahlen-Behandlung und ihres Einflusses auf das Blutbild.

Von

Selmar Falkenstein aus Berlin.

In der Medizinischen Universitätsklinik Köln-Lindenburg kamen in den Jahren 1912—1919 17 Leukämiefälle zur Beobachtung. Von ihnen unterlagen 10 Fälle einer Beobachtungsdauer von mehr als 5 Monaten.

Bei 5 Patienten wurde therapeutisch Benzol angewandt, in 2 Fällen mit unverkennbarem Erfolge. Thorium-X erhielten 2 Patienten ohne bemerkbaren Erfolg.

Alle 10 Patienten wurden außerdem mit Röntgen-Bestrahlungen behandelt. Hierbei zeigte sich, daß sich im allgemeinen die lymphatischen Leukämien der Röntgen-Therapie gegenüber renitenter verhielten als die myeloischen.

In 7 Fällen war unter dem Einfluß der Röntgen-Bestrahlungen deutliche Besserung festzustellen, die sich in Hebung des Allgemeinbefindens, Rückgang der Anämie und Kleinerwerden des Milztumors äußerte.

Selbständiger verhielten sich die Leukozyten. Abnahme der weißen Blutkörperchen bedeutet nicht in jedem Falle Besserung des Gesamtzustandes, während andererseits sich das Krankheitsbild weitgehend bessern kann, ohne daß eine entsprechende Abnahme der Leukozyten festzustellen wäre.

Immerhin muß aber dem Verhalten der weißen Blutkörperchen im Blute als einem Korrelat des leukämischen Prozesses eine nicht unerhebliche Bedeutung zugeschrieben werden.

Unter diesem Gesichtspunkte sind vergleichende Blutzählungen angestellt worden, um das Verhalten der roten und weißen Blutkörperchen unter dem Einfluß der Röntgen-Therapie zu prüfen und zu untersuchen, ob die Resultate irgendwelche Gesetzmäßigkeiten erkennen lassen. Irgendwelche weitergehende Schlüsse können natürlich bei den relativ kurzen Untersuchungsreihen nicht gezogen werden. Dazu müßten weitere umfangreiche Untersuchungen vergleichsweise herangezogen werden.

In der angedeuteten Weise sind für vorliegende Arbeit 4 Fälle genauer untersucht worden. Von ihnen verhielt sich ein Patient mit lymphatischer Leukämie (Fall K.) den Bestrahlungen gegenüber durchaus refraktär. In den 3 anderen Fällen, die alle der myeloischen Form angehörten, war eine günstige Beeinflussung durch die Röntgen-Behandlung festzustellen.

Insgesamt wurden für die Erythrozyten 45, für die Leukozyten 60 vergleichende Zählungen angestellt. Die Fehlergrenzen wurden genau nach der Methode der kleinsten Quadrate („Gauss") berechnet und in den einzelnen Resultaten berücksichtigt.

Für die Einzelergebnisse sei auf die Originalarbeit verwiesen.

An dieser Stelle sollen nur die Gesamtergebnisse kurz zusammengestellt werden.

Die einzelnen Ergebnisse der Leukozytenzählungen wurden als Kurven graphisch dargestellt, ebenso die absoluten und relativen Werte der hauptsächlichsten Leukozytenkomponenten.

Im Falle K. ergab sich:

I. Die Erythrozyten wurden durch die Bestrahlungen kaum beeinflußt.

II. Die Kurve der Gesamt-Leukozytenzahlen ist starr, zeigt nur geringe Variabilität.

III. Die Kurven der Lymphozyten und Leukozytenschatten verhalten sich in ihren absoluten und relativen Werten etwa wie Bild und Spiegelbild; d. h. Sinken auf der einen entspricht Steigen auf der andern Seite. Auch sie bewegen sich um einen Mittelwert, ohne fallende oder steigende Tendenz zu zeigen.

Für die übrigen 3 Fälle stellt sich das Gesamtergebnis etwa folgendermaßen dar:

I. Erythrozyten: Unmittelbar nach der Bestrahlung zeigen sie Tendenz zu fallen. Später steigen sie allmählich an, während die jugendlichen Formen zurückgehen.

II. Leukozyten: a) Die Gesamtzahl geht in allen 3 Fällen zurück, nicht kontinuierlich, sondern unter mehreren Anstiegen. Nach Aufhören der Röntgenbehandlung steigt die Kurve wieder an, läßt sich aber zum Teil durch erneute Röntgen-Bestrahlungen wieder herunterdrücken. Die Kurven erscheinen viel wandlungsfähiger als im Falle K.

b) Die neutrophilen Polynukleären wiederholen im wesentlichen die Kurve der Gesamtzahlen; nur erscheinen die Kurven der neutrophilen Polynukleären im ganzen etwas flacher. Da die übrigen Zellelemente prozentual nur einen verschwindenden Prozentsatz ausmachen, so können die absoluten Werte der Myelozyten als eine Funktion aus

der Gesamtzahl und den absoluten Werten der neutrophilen Polynukleären betrachtet werden.

c) Die Kurven der prozentualen Werte: Die neutrophilen Polynukleären und Myelozyten verhalten sich wie Bild und Spiegelbild. Unter dem Einfluß der Bestrahlungen nehmen die Polynukleären steigende, die Myelozyten fallende Tendenz an.

Eine zweite Aufgabe sollte darin bestehen, rein zahlenmäßig die Schwankungen der Leukozyten unter dem Einfluß der Röntgen-Bestrahlungen festzustellen. Im ganzen wurden zu diesem Zwecke etwa 60 vergleichsfähige Untersuchungen herangezogen. Nicht die absolute Zu- oder Abnahme der Leukozyten konnte in Frage kommen, sondern nur die Tendenz der Gesamtleukozyten oder einer ihrer Komponenten, sich unter dem Einfluß der einzelnen Röntgen-Bestrahlungen in fallender oder steigender Richtung zu bewegen.

Das Gesamtergebnis stellt sich dann etwa folgendermaßen dar.

A. Fall K.: Sowohl für die absoluten als auch für die relativen Leukozytenwerte ergeben sich für Gesamtzahlen, Lymphozyten und Leukozytenschatten keine ausgesprochene fallende oder steigende Tendenz.

B. Die 3 myeloischen Leukämien:

I. Die Gesamtzahl der Leukozyten zeigt fallende Tendenz. Diese ist in der 2. Serie am deutlichsten ausgeprägt, geht andererseits parallel mit der Zeit nach der Bestrahlung zurück.

II. Die absoluten Werte der neutrophilen Polynukleären zeigen fallende Tendenz, aber weniger ausgeprägt als die Gesamtzahlen. Sie nimmt in der 2. Serie zu und ist am stärksten 1—3 Tage nach der Bestrahlung.

Die relativen Werte der neutrophilen Polynukleären haben steigende Tendenz, die in der 2. Serie am deutlichsten zutage tritt. Sie nimmt bis zum 3. Tage nach der Bestrahlung zu und schlägt dann, nicht ausgesprochen, in fallende Tendenz um.

III. Die Myelozyten und Myeloblasten zeigen in ihren absoluten Werten sehr stark fallende Tendenz, am ausgesprochensten in der 2. Bestrahlungsserie. Am stärksten tritt sie unmittelbar nach den Bestrahlungen hervor und nimmt allmählich an Intensität etwas ab.

Auch die relativen Werte zeigen deutliche Neigung abzusinken. Sie tritt während der 2. Serie etwas stärker in den Vordergrund und ist, der Zeit der Blutentnahme nach, 1—3 Tage nach den Bestrahlungen am deutlichsten ausgeprägt.

Krieg und Säuglingssterblichkeit in Köln.

Von

Rudolf Fromm aus Derichsweiler.

Ein kurzer Blick auf die Vorkriegsjahre zeigt uns, daß die Säuglingssterblichkeit in Köln im Jahrviert 1910/13 im Durchschnitt 17,4 Proz. der Lebendgeborenen betrug. Erklärt wird diese hohe Sterblichkeit durch den ungewöhnlich heißen Sommer des Jahres 1911, das mit einer Sterblichkeit von 23,4 Proz. 8 Proz. über den sonstigen Durchschnitt von 15,4 Proz. an Opfern forderte.

Im Kriege erreichte die Säuglingssterblichkeit mit 14,8 Proz. im Jahre 1915 ihr Minimum, ihren Höhepunkt mit 18,2 Proz. im Jahre 1917. Die Durchschnitts-Sterblichkeit in den Kriegsjahren übertraf mit 16,1 Proz. die normalerweise in den angeführten Friedensjahren zu erwartende Sterblichkeitsziffer um 0,7 Proz. Auffallend ist der Rückgang der Todesfälle infolge von Brechdurchfall und Magen-Darmkatarrh im Jahre 1915. Fielen diesen, das Leben des Säuglings am meisten bedrohenden Erkrankungen im Jahrviert 1910/13 2,5 bzw. 3,9 Proz. aller Lebendgeborenen zum Opfer, so starben hieran im Jahre 1915 nur 1,1 bzw. 2,7 Proz. der Lebendgeborenen. Diese niedrige Sterblichkeitsziffer findet ihre Erklärung in der Tatsache, daß infolge des Krieges durch fast gänzliche Unterbindung der ausländischen Mehleinfuhr einerseits, durch Rationierung der eignen Vorräte anderseits die planlose Überfütterung der Säuglinge mit Mehl und Mehlpräparaten mit ihrem Gefolge in Form schwerer Magen-Darmstörungen wegfielen, und die beste und einzig natürliche Nahrung, die Mutterbrust wieder weit mehr zur Geltung kam. Für letztere Ansicht sprechen vor allem die Zahlen aus den Kölner Säuglingsfürsorgestellen, nach denen im Jahre 1915 77,9 Proz. der neuvorgestellten Säuglinge die Mutterbrust erhielten, gegen 64,3 Proz. im Vorjahre.

Wies nun das Jahr 1915 eine niedrige Sterblichkeitsziffer auf, so waren die Daten der Jahre 1916—18, besonders die des Jahres 1917, um so ungünstiger. Es waren die Jahre, in denen sich die Lebensmittelknappheit in Deutschland, und nicht zuletzt in der Großstadt Köln, in so erschreckender Weise bemerkbar machte. Starke Unterernährung der Mütter — es gab beispielsweise lange Zeit hindurch täglich nur 10—12 g Fett — und infolgedessen qualitative und quantitative Verschlechterung der Muttermilch, aufrei-

bende Beschäftigung so vieler Mütter in der Kriegsindustrie und im Gewerbe und dadurch bedingte Unmöglichkeit, den Säugling regelmäßig zu nähren und zu pflegen, Herabsetzung der Kuhmilchportionen infolge Reduktion der Milchkühe durch Schlachtung, Mangel an Heizmaterial, das waren in der Hauptsache die an der hohen Säuglingssterblichkeit Schuld tragenden Faktoren.

Was nun die einzelnen Krankheiten angeht, denen die Säuglinge zum Opfer fielen, so ergibt sich folgendes Bild: Magen-Darmkatarrh und Brechdurchfall, also Erkrankungen, die im wesentlichen durch falsche und Überernährung hervorgerufen werden, haben weniger Opfer gefordert als in den früheren Jahren; es schwanken die Zahlen der an Krämpfen und Atrophie gestorbenen Säuglinge. Zugenommen hingegen haben die Todesfälle infolge angeborener Lebensschwäche, Masern und Röteln, Tuberkulose, Diphtherie und Krupp, Keuchhusten, Geschlechtskrankheiten, Influenza und Lungenentzündung. Besonders stark differieren die Kriegsergebnisse gegen die Friedenszahlen bei den Geschlechtskrankheiten, Tuberkulose, Diphtherie.

Ein Vergleich der Säuglingssterblichkeit der Stadt Köln mit den Zahlen andrer deutscher Städte zeigt uns, daß nur Magdeburg mit 18,2 Proz. und Breslau mit 17,3 Proz. eine noch höhere Säuglingssterblichkeit als Köln aufweisen, während Städte wie Frankfurt a. M. mit 10,9 Proz., Hamburg und Dresden mit 11,6 Proz. weit besser dastehen.

Noch günstiger liegen die Verhältnisse in den Städten neutraler Staaten, z. B. in Amsterdam und Basel, die im Krieg nur 6,2 Proz. der Lebendgeborenen im Säuglingsalter verloren und ihre Säuglingssterblichkeit gegen das Jahr 1913 um 0,5 bzw. 1,5 Proz. verbesserten.

Köln dagegen hat unter den Einflüssen des Weltkriegs seine Säuglings-Sterblichkeit nicht nur nicht herabsetzen können, sondern es wies am Ende des Jahres 1918 mit 16,3 Proz. eine Sterblichkeitsziffer auf, wie wir sie 8—9 Jahre weiter rückwärts, das heißt als Durchschnittergebnis der Jahre 1909/10 vorfinden.

Herzblock durch Gumma.

Von

Dr. Friedrich Prausnitz.

Ein 59jähriger Mann gelangt nach 17tägiger Krankheit ad exitum. Klinische Diagnose: Herzblock. Der Betreffende war bis zum Beginn dieser Erkrankung, von einer vor etwa Jahresfrist aufgetretenen Nephritis abgesehen, immer beschwerdefrei gewesen. Die ersten 5 Tage seiner Krankheit sind durch akut einsetzende Bewußtlosigkeit, die mehrmals täglich auftritt, ausgezeichnet. Doch treten zunächst keine Krämpfe auf. Puls am 5. Krankheitstage (Aufnahme) 40 Schl. p. M. Erst in den letzten Tagen typische Adams-Stokessche Anfälle. Durch das Elektrokardiogramm (Dr. Schott) wird eine „vollkommene Dissoziation mit einer Schlagzahl der Vorhöfe von 80—108, der Ventrikel von 32—40" festgestellt. Die Form der Ventrikel-Ekg. ist in der überwiegenden Mehrzahl die von rechtsseitigen heterotypen Schlägen; gelegentlich kommen aber auch linksseitige vor. Den ausführlichen klinischen Verlauf will ich hier nicht weiter ausführen und auf die diesbezügliche Arbeit *) von Dr. Schott verweisen.

Die pathologisch-anatomisch-makroskopische Untersuchung ergab ausgedehnte schwere gummöse Prozesse in der Herzmuskulatur, insbesondere im Septum ventriculorum, ferner ausgedehnte Knotenbildungen in der Gegend der Reizleitung, schließlich eine charakteristische Aortitis luetica.

Zur pathologisch-histologischen Bearbeitung wurden nun eine Reihe von Blöcken nach den Angaben von Tawara, Mönckeberg und Dietrich angefertigt, die teils in Celloidin, teils in Paraffin eingebettet und dann in Serien geschnitten wurden. Von einzelnen Blöcken wurde zunächst jeder fünfte, wenn notwendig auch jeder zweite Schnitt aufgezogen. Die Schnittdicke schwankte bei den einzelnen Blöcken zwischen 15 und 30 μ. Der linke Schenkel wurde in zwei Blöcken bearbeitet, von denen 530 Schnitte in Serien hergestellt wurden. In dem ersten Block fand sich ausgesprochene gummöse Infiltration, im zweiten Block war der pathologische Befund geringer; es fanden sich auch normale Partien vor. Im rechten Schenkel konnte ich keinen pathologischen Befund erheben. Das

*) Dr. Schott: Mechanische Reizung als Therapie im Adams-Stokesschen Anfall. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 13, 1920.

Hauptaugenmerk wurde nun dem Knoten zugewandt, besonders aber der Abgangsstelle des linken Schenkels. Nach langem und mühevollem Suchen gelang es denn auch diesen zu finden. Hier fand sich eine, eine ausgesprochene „Blockade" bewirkende gummöse Infiltration vor, was wesentlich zum Verständnis unseres Falles beitrug. Der Knoten selbst zeigte vorwiegend nur geringe Rundzellenanhäufung. Auch von der Aorta wurden mikroskopische Schnitte angelegt, die das typische Bild einer Mesaortitis luetica darboten.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß der klinische Befund, unterstützt durch das Ekg., eine Dissoziation erwarten ließ, die auch in der Tat durch den pathologisch-mikroskopischen Befund begründet erscheint.

Wie nun weiter aus den histologischen Befunden hervorgeht, ist der rechte Schenkel frei von jeder pathologischen Störung, dagegen ist der linke, wie oben festgelegt, größtenteils zerstört. Man glaubt zu wissen, daß die Bildungsstelle automatischer Kontraktionen im spezifischen System selbst liegt und es ist hier ein sehr wesentliches Zusammentreffen, daß die Mehrzahl der automatischen Schläge rechtsseitig war, und daß im rechten Schenkel im Gegensatz zum linken nur vollkommen erhaltenes Gewebe nachgewiesen werden konnte. Hiermit erscheint der pathologische Befund in größtmöglichste Übereinstimmung mit dem klinischen gebracht.

Ein Fall von Hydronephrose und beginnender Zystenniere in Verbindung mit Hydrops congenitus.

Von

Gottfried Firnig aus Köln.

Der Hydrops foetus findet sich in Verbindung mit mannigfachen Erkrankungen und Anomalien der fötalen Organe.

In unserem Falle bestand bei dem 6 Stunden nach der Geburt gestorbenen, ausgetragenen Neugeborenen allgemeines Ödem des Unterhautzellgewebes und des Gehirns. Daneben fanden sich an der rechten Niere einige größere hirsekorngroße und multiple kleine Zysten, an der linken Niere eine ausgesprochene Hydronephrose, starke Hypertrophie der Ureterenschleimhaut, Balkenblase und beiderseitige Lungenentzündung. Außerdem fielen die undeutliche Läppchenzeichnung der Leber und Ekchymosen unter dem Epikard auf.

Zur mikroskopischen Untersuchung standen Nieren, Ureteren, Blase und Teile von Leber und Lunge zur Verfügung.

In der rechten Niere finden sich 3 Arten von zystisch erweiterten Hohlräumen: 1. Erweiterte Glomeruluskapseln mit völlig entwickelten Kapillarknäueln oder dünnen Gefäßleisten, 2. mehr nach dem Nierenmark zu gelegen kleinere Zysten mit konzentrisch angeordnetem Bindegewebe und 3. zystisch erweiterte gerade Harnkanälchen nach dem Nierenbecken zu. In der linken Niere sind Nierenmark und Nierenrinde stark reduziert bei starker Bindegewebswucherung und hochgradiger Erweiterung des Nierenbeckens. In der Leber, in beiden Nieren und der Blasenschleimhaut finden sich Blutbildungsherde, die Erythroblasten, Myeloblasten und Myelozyten aufweisen. Die Lungenalveolen sind mit Leukozytenmassen ausgefüllt, die in einem feinen Fibrinnetz liegen.

Zusammengefaßt bestehen also ausgesprochene Erscheinungen für eine Drucksteigerung im Harnsystem: Balkenblase, stark geschlängelter Verlauf der erweiterten Ureteren, linksseitige Hydronephrose, dazu rechtsseitige beginnende Zystenniere. Daneben haben wir die Erscheinungen des Hydrops congenitus mit Blutbildungsherden in Leber und Nieren. Außerdem besteht eine fibrinöse Pneumonie.

Da keine Hindernisse in den Harnwegen bestanden, so muß wohl als Ursache für die Harnstauung und den dadurch bedingten er-

höhten Druck im Harnsystem ein Hydramnion angenommen werden, das allerdings in größerem Umfange nicht beobachtet worden ist. Durch diese Harnstauung würden die Hydronephrose, Balkenblase und die erweiterten Ureteren ohne weiteres erklärt. Etwas schwieriger ist die Entstehungsursache der Zystenniere nachzuweisen, zu deren Klärung in der Literatur hauptsächlich 3 Theorien angeführt werden: Retentions-, Geschwulst- und Mißbildungstheorie. Letztere stützt sich auf den Dualismus in der Entwicklungsgeschichte der Niere, die aus zwei Anlagen, dem Urnierengange und dem „Nierenblastem", hervorgeht. Verfehlen sich diese getrennt wachsenden Anlagen, so entstehen bei Beginn der Sekretion Zysten. Die erwähnten Theorien werden einzeln oder kombiniert von den Autoren verfochten, und es kann bei den wechselnden Beobachtungen nicht wundernehmen, daß eine einheitliche Erklärung der Pathogenese der Zystenniere nicht erreicht ist.

In unserem Falle legt die im Vordergrunde stehende Harndrucksteigerung mechanische Ursachen für die Entstehung der Zysten am nächsten. In den Glomeruluszysten kommt wahrscheinlich zu der zystischen Erweiterung des Kapselraumes durch den starken Innendruck noch eine Bildungshemmung der Glomeruli, die teilweise nur als dünne Gefäßleisten sichtbar sind. Bei den mit konzentrisch angeordnetem Bindegewebe umgebenen Zylinderepithelzysten handelt es sich vielleicht um Bindegewebsproliferation, die eine sekundäre Abschnürung zur Folge hatte. Somit ist in unserem Falle die Bildung der Zysten durchaus nicht einheitlich.

Es fragt sich nun, in welcher Beziehung der Hydrops congenitus zu dem Nierenbefunde bzw. zu den ausgedehnten Stauungserscheinungen im Harnsystem steht. Eine einheitliche Entstehungsursache für den Hydrops congenitus existiert wohl nicht. Einmal wird derselbe auf Erkrankung des kindlichen, in anderen Fällen auf pathologische Veränderungen des mütterlichen Organismus zurückgeführt. Oft erklären rein mechanische Ursachen das Entstehen des Hydrops. Eine besondere Art des Hydrops congenitus hat Schridde beschrieben. Hierbei fehlen alle gröberen pathologischen Organveränderungen, dagegen finden sich ausgedehnte Blutbildungsherde in fast sämtlichen Organen, eine Überschwemmung des Blutes mit unreifen Elementen, hauptsächlich Erythroblasten und eine Hämosiderose der Milz, alles Beweise — nach Schridde — für eine vorliegende hochgradige Anämie mit Blutzerstörung und gleichzeitig einsetzenden Regenerationsbestrebungen des Organismus. Ob diese Anämie als Ursache für den Hydrops anzusprechen ist oder als dessen Folge, bleibt ungeklärt.

In unserem Falle finden sich die gleichen Blutbildungsherde in Leber und Nieren, wie sie Schridde beschrieben hat. Bei den ausgedehnten Stauungserscheinungen im ganzen Harnsystem, der

Hydronephrose und beginnenden Zystenniere liegt es nahe, den Hydrops als das Primäre anzusehen, bedingt durch das Übertreten von toxischen Produkten ins Blut infolge von mangelhafter Nierenfunktion. Die hochgradige Anämie, für die die Regenerationsprozesse des Organismus in Gestalt ausgedehnter Blutbildungsherde charakteristisch sind, wäre dann als eine Folge des Hydrops aufzufassen bzw. als Folge der durch die Niereninsuffizienz bedingten Hydrämie.

Was endlich die in unserem Falle vorliegende Pneumonie anbelangt, so liegt es am nächsten, dieselbe als eine urämische Pneumonie zu deuten, wie sie auch bei Erwachsenen als Komplikation der Urämie beobachtet worden ist.

Wann ist in der Tat ein Patellardefekt vorhanden, und hat derselbe für die normale Funktionsfähigkeit des Kniegelenks irgend eine Bedeutung?

Von

Wilhelm Keller aus Müddersheim.

In der Abhandlung über obenstehendes Thema werden zunächst die aus der Literatur bekannt gewordenen Fälle von Patellardefekt nach folgenden Gesichtspunkten geordnet mitgeteilt:

I. alle diejenigen Fälle von Patellardefekt mit oder ohne andere Abnormitäten des Körpers, die im jugendlichen Alter bis zu sieben Jahren beobachtet worden sind und bei denen es sich, nach Angabe der Autoren, um einen tatsächlichen Patellardefekt handelt;

II. alle jene Fälle von Patellardefekt bei Kindern bis zu sieben Jahren mit oder ohne andere Abnormitäten des Körpers, bei denen es sich nach den Autoren nur um ein scheinbares Fehlen der Patella handeln könne.

Bei dem Vergleich der Fälle dieser beiden Gruppen kommt der Verfasser zu dem Schlusse, daß alle bisher in der Literatur angegebenen Fälle von Patellardefekt bei Patienten bis zu sieben Jahren als Scheinpatellardefekte angesehen werden müssen. Das siebente Lebensjahr wird deshalb als äußerste Grenze angenommen, da man annehmen muß, daß bis zu diesem Termin die Patella verknöchert ist, und wenn vorhanden, auch klinisch und röntgenologisch nachgewiesen werden kann. Als Zeugen für die Richtigkeit dieser Ansicht, daß bis zum siebenten Lebensjahr die Verknöcherung der Patella vollendet ist, werden die Angaben der Autoren P. Ewald und Brunner angeführt.

Alle anderen Fälle von Patellardefekt, die in der Literatur von Patienten nach dem siebenten Lebensjahr mitgeteilt worden sind, müssen als wirkliche Patellardefekte angesehen werden. Die Fälle werden dann in der Arbeit sämtlich mitgeteilt, und deren Zahl noch um einen vom Verfasser selbst beobachteten Fall vermehrt, der noch insofern besonderes Interesse verdient, als bisher noch kein Fall beschrieben worden ist, bei dem, ohne jedwede andere Körperabnormität, auf der einen Seite ein totaler Patellardefekt gefunden wurde, und bei dem auf der andern Seite zugleich nur eine rudimentär entwickelte Kniescheibe sich fand.

Die zweite Frage in dem Thema: „Hat die Patella für die normale Funktionsfähigkeit des Kniegelenks irgendeine Bedeutung?“ beantwortet der Verfasser, nach Gegenüberstellung der Ansichten der Autoren hierüber, dahin, daß die Patella für ein Kniegelenk mit voller Leistungsfähigkeit unbedingt erforderlich ist. Wenn auch einige Beispiele in der Literatur angegeben werden, wo Menschen ohne Patella genau soviel mit ihrem Kniegelenk leisten konnten wie Menschen mit einer solchen, so ist dieses bei allen diesen Fällen nur dann möglich gewesen, wenn im Kniegelenkapparat an der Stelle der fehlenden Kniescheibe irgendein Ersatz trat, wie abnorme Vergrößerung Tub. tibiae oder grätenartiger Vorsprung am Condylus externus oder dergleichen, der die Aufgabe der Patella übernahm. Zum Schlusse stellt der Verfasser als Resultat der vorliegenden Arbeit folgende Behauptungen auf:

I. Nur dann kann von einem wirklichen Patellardefekt die Rede sein, wenn derselbe bei Patienten über sieben Jahren klinisch und röntgenologisch festgestellt worden ist.

II. Die Patella hat für das normal funktionierende Kniegelenk ihre bestimmte Bedeutung, und nur bei ihrem Vorhandensein ist die volle Leistungsfähigkeit desselben garantiert.

Über Cholin und seine Einwirkung auf den Organismus bei chirurgischer Tuberkulose.

Von

Heinrich Fischer.

Die Einführung des Cholins in die Therapie, das als borsaures Cholin, Euzytol genannt, bei der Behandlung maligner Geschwülste und der Tuberkulose Verwendung gefunden hat, beruht auf der Theorie von Schwarz, nach der bei Radiumbestrahlungen des Lezithins sich Cholin bildet und dies durch seine Giftwirkung die bestrahlten Zellen vernichtet. Diesen Vorgang konnte Werner dann auch bei den Röntgenbestrahlungen nachweisen, was den Anstoß gab, das Cholin bei allen Krankheiten zu verwenden, die eine günstige Beeinflussung durch Röntgenstrahlen erkennen ließen. Zwar bestehen gerade in dem wichtigsten Punkte der Schwarzschen Hypothese, der Entstehung des Cholins aus Lezithin bei der Bestrahlung, noch Unstimmigkeiten, aber die biologischen Wirkungen des Cholins sprechen so sehr zu ihren Gunsten, daß der Ausspruch Werners von der chemischen Imitation der Strahlenwirkung mittels Cholin gerechtfertigt erscheint.

Es war nun die Aufgabe gestellt, die Einwirkung des Cholins auf den menschlichen Organismus bei chirurgischer Tuberkulose zu beobachten. Als Art der Einverleibung des Euzytols in den menschlichen Körper wurde die intravenöse Infusion, jeden zweiten Tag 1,0—4,0 g, gewählt. Das Verhalten der Patienten dem Euzytol gegenüber zeigte große individuelle Schwankungen sowohl während der Infusionen, wie auch nach dieser. Als Reaktionen traten ein: leichte Gesichtsrötung mit kurzdauernder Dyspnoe und einem Hitzegefühl im Kopf, eine geringe Verminderung oder Vermehrung der Pulszahl und des Blutdrucks, Speichelfluß und Tränensekretion, sowie noch Schwindelgefühl, Sehstörungen, teils in Gestalt des Doppeltsehens, teils als Undeutlichwerden der Gegenstände, und endlich ein kribbelndes Gefühl in dem Arm, wo die Infusion stattfand.

Um die Beeinflussung des Blutbildes durch Cholin festzustellen, wurden bei 10 Patienten je 2 Tabellen angefertigt, in denen die Resultate der Blutuntersuchungen vor der Infusion, 2 St., 8 St., 32 St. und 48 St. nach der Infusion eingetragen sind. Ein Vergleich dieser Serienuntersuchungen ergab einen Kreislauf, der in 48 Stunden zu Ende kam. In ihm trat zunächst ein Sinken sämtlicher Werte auf.

Dann folgte eine Anstieg, an dem die polynukleären Leukozyten erst später teilnehmen konnten als die übrigen Formen. Sie erreichten so nach 48 Stunden ihre ursprünglichen Werte, während die anderen Gruppen, welche am zweiten Tage höhere Zahlen als zu Beginn zeigten, zu diesem Ziel erst wieder durch eine Verminderung ihres Bestandes gelangten. Die Untersuchung des Blutes im weiteren Verlauf der Behandlung zeigte in allen Fällen eine Vermehrung über die Anfangszahl der Lymphozyten hinaus. Ihr aber eine ausschlaggebende Beeinflussung der Heilung zuzuschreiben, dürfte zu weit gehen, da die Zunahme meist in sehr bescheidenen Grenzen blieb, andrerseits auch nur vorübergehend auftrat. Eine bemerkenswerte Anreicherung der Lymphozyten trat in 3 Fällen auf. Im Krankheitsverlauf stellte sich aber hierbei eine augenfällige Besserung nur in einem einzigen Falle ein, bei dem es infolge der gesteigerten Sekretion zu einer Sequestrierung kam. Ein Vergleich der vorliegenden Blutbefunde mit den Mitteilungen anderer Autoren weist große Verschiedenheiten auf, aber eine Gegenüberstellung mit den Ergebnissen bei Röntgenstrahlen zeigt eine Übereinstimmung.

Das Resultat der Untersuchungen mit der Deycke-Muchschen Immunitätsanalyse bezüglich der Beeinflussung der Immunität durch Euzytol kann als nicht ungünstig bezeichnet werden.

Eine weitere Erscheinung, die in allen Fällen auftrat, bildete die Steigerung der Sekretion, die in 2 Fällen von einer Sequestrierung begleitet war.

Einen auffälligen Befund im Verlauf der Behandlung stellte das Fieber dar. Es gab ein Fieber, das nur am Tage der Infusion auftrat und am folgenden Tage schon abgeklungen war, und eine Temperaturerhöhung, die längere Zeit anhielt. Im letzteren Falle hatte man es sicher mit einer Herderscheinung zu tun. Das eintägige Fieber konnte in einen bemerkenswerten Zusammenhang mit den Blutbefunden gebracht werden. In 20 Beobachtungen zeigte sich ein regelmäßiges Verhalten, und zwar sah man, daß kein Fieber auftrat, wenn die Verringerung der Lymphozytenzahlen nur 800 (in 9 Fällen) betrug. Eine Abnahme über 900 (ebenfalls in 9 Fällen) wies jedesmal eine Temperaturerhöhung auf. In der Spanne zwischen 800—900 schwankten die Resultate, wie dies 2 Beobachtungen zeigten. Eine Erklärung fand dieser Vorgang in der Annahme, daß mit dem Untergang der Lymphozyten die Lipase und die noch unvollständig abgebauten Tuberkelbazillengiftstoffe ins Blut gelangen, die in den Lymphozytenkörpern eingeschlossen waren. Das Bild einer kurzdauernden Toxinämie rechtfertigte in einer Reihe von Fällen diese Auffassung.

Ein abschließendes Urteil über die therapeutischen Fähigkeiten des Euzytols konnte nicht abgegeben werden. Immerhin konnte

man in verschiedenen Fällen von einem günstigen Einfluß reden. Die spezifische Wirksamkeit war vor allem an der Steigerung der Sekretion, den Veränderungen im Blutbild und der Hebung der Immunität zu erkennen. Ob eine direkte Beeinflussung der Tuberkelbazillen stattfand, konnte man aus den Untersuchungen nicht ersehen. Es boten sich eher Anhaltspunkte dafür, daß das Euzytol auch in seiner Wirkungsweise mehr dem Jodoform nahekommt, dessen Hauptverdienst die Umstimmung des Blutbildes ist.

Aus der Chirurgischen Klinik Lindenburg
(Geheimrat Prof. Dr. Tilmann).

Zur Frage der funktionellen Blasenleiden.

Von

Gottfried Brücken.

Verfasser hat als Assistent an der urologischen Station des XVII. Armeekorps in Zoppot 243 Fälle funktioneller Blasenstörungen bei Soldaten beobachtet. 74 davon waren Enuretiker, die seit frühester Kindheit oder seit der Pubertät ununterbrochen an Bettnässen litten. Über die Enuresis nocturna bestanden vor dem Kriege vornehmlich 2 Theorien: 1. die Enuresis ist ein rein hysterisches Symptom; 2. die Enuresis rührt von einer minderwertigen Anlage der unteren Rückenmarksabschnitte her, die aus im Röntgenbilde feststellbaren Kreuzbeinveränderungen und aus Nervenstörungen an den unteren Extremitäten erkenntlich ist (Myelodysplasie Mattauscheks). Andeutungsweise wurde von Neurologen schon vor dem Kriege die Ansicht geäußert, daß die Enuresis ein Entartungssymptom sei und auch die Kreuzbeinveränderungen als solches neben der Enuresis zu betrachten seien. Der Krieg hat nach Ansicht des Verfassers letzterer Anschauung Recht gegeben. Alle Autoren fanden fast übereinstimmend an den im Kriege eingezogenen Enuretikern überwiegend häufig die Zeichen der Entartung: geistige und körperliche Minderwertigkeit, Mißbildungen, mangelhafte Ausbildung der Geschlechtscharaktere und Fehler im endokrinen System. Verfasser findet diese Angaben an seinen 74 Fällen bestätigt. Anzeichen von Hysterie und Nervosität bestanden nicht. Es wurden zwar auch Kreuzbeinveränderungen festgestellt, doch mißt Verfasser dem keine selbständige Bedeutung bei. Die Befunde Mattauscheks erklären sich nach Ansicht des Verfassers daraus, daß im Frieden Enuretiker mit auffälligen Entartungszeichen schon allein deshalb nicht eingezogen worden wären, wodurch dann die beim Aushebungsgeschäft natürlich vernachlässigten Kreuzbeinveränderungen in den Vordergrund gerückt worden seien.

Von erworbenen funktionellen Blasenstörungen war vor dem Kriege lediglich die Pollakisuria nervosa bekannt, die bei Leuten beobachtet wurde, die einmal Blasenkatarrh oder Gonorrhöe durchgemacht haben, und die ein Symptom der steten Angst vor neuer Erkrankung ist. Die im Kriege massenhaft auftretenden Miktions-

anomalien werden von den meisten Autoren als Kälteschädigungen aufgefaßt, nur wenige halten sie für nervös bedingt. Verfasser kommt auf Grund seiner Beobachtungen an 169 Fällen zu dem Schluß, daß der größere Teil, und das sind die Fälle mit guter Heilungstendenz bei Wärmeapplikation, reine Kälteschädigungen sind, daß ein kleinerer Teil, bei dem bloßes Warmhalten zu keinem Erfolg führt, solche Leute sind, die eine längst abgelaufene periphere Schädigung unter dem Einfluß der Kriegsverhältnisse psychisch festhalten; besonders disponiert dazu sind solche, die in der Jugend an Enuresis gelitten haben.

Balkenblase hat Verfasser in 25—30 Proz. aller Arten funktioneller Blasenstörungen gefunden. Im Gegensatz zu vielen Autoren muß Verfasser nach seinen Beobachtungen annehmen, daß die Balkenblase ohne Beziehungen zur Schwere, Dauer und Prognose der Erkrankung ist und nur bei positivem Befunde einen gewissen Wert für die Diagnose hat, da sie bei organisch bedingten Blasenstörungen, sofern kein Hindernis und keine Nervenläsion vorliegt, immerhin recht selten ist.

Dem Restharn hat Verfasser die größte Aufmerksamkeit gewidmet, um irrigen Feststellungen und Simulation zu entgehen. Dabei fand sich niemals Restharn; alle Harnträufler, sowohl die bei Enuresis als die erst im Kriege erkrankten, waren imstande, die Blase willkürlich zu entleeren. Falls die entgegenstehenden Angaben richtig sind, kann sich dies nur aus Zufälligkeiten in der Zusammensetzung des Materials erklären.

Genouville fand bei Pollakisuria nervosa den endovesikalen Druck nicht erhöht, wogegen die Untersucher der Kriegsmiktionsstörungen durchweg stark erhöhten Druck feststellten. Nach Blum und O. Schwarz findet sich nur bei einem Teil der Kriegsmiktionsstörungen erhöhter Druck. Verfasser kann über diesen Punkt nicht mit exakten Feststellungen dienen, hält es aber auf Grund seiner Beobachtungen für sehr wahrscheinlich, daß alle Fälle mit realen peripheren Reizzuständen (Kälteschädigung) erhöhten Druck aufweisen, die psychisch bedingten Störungen mit normalen Drucken einhergehen.

Aus der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten
(Prof. Dr. Zinsser).

Zur Differentialdiagnose der Quecksilber- und Salvarsanschädigungen der Haut.

Von

Wilhelm Otto Freiherrn von Boetzelaer.

Wir kennen die Hg-Dermatitis als eine im Gefolge von Quecksilbermedikationen in allen Formen bei dazu disponierten Individuen auftretende schwere Hautentzündung universeller Ausbreitung mit nicht seltenem letalen Ausgang. Ein solcher nach intramuskulärer Hg-Anwendung aufgetretener Fall gelangte in unserer Klinik zur Beobachtung. Klinisch bestanden schwerste allgemeine Hautentzündung mit wochenlangem fieberhaftem Verlaufe, Stomatitis, leichte Symptome von Enteritis und eine diffuse Bronchitis. Der Exitus erfolgte an Herzschwäche und Entkräftung. Die Sektion bestätigte die klinische Diagnose und deckte außerdem noch eine herdförmige Bronchopneumonie von eigenartiger Form und eine schwere Nephrose auf. Die Lungenveränderungen wurden makroskopisch als Tuberkulose angesprochen, die histologische Untersuchung ergab, daß es sich um bronchopneumonische Herde handelte. Im Hinblick auf ähnliche Befunde an Hg-vergifteten Tieren ist diese Feststellung von Bedeutung. Da sich in unseren Fällen häufig bronchitische und bronchopneumonische Erscheinungen vorfinden, ist hierin vielleicht ein für Hg-Vergiftung neben den anderen Symptomen sprechendes Kennzeichen zu erblicken.

Schon in der ersten Zeit der Salvarsanbehandlung beobachtete man aber auch eine Reihe von Hautschädigungen, welche die größte Ähnlichkeit mit den Quecksilberexanthemen aufwiesen. Es handelte sich um Hautschädigungen in zunehmender Schwere von leichtesten lokalen Erythemen und urtikariellen Exanthemen bis zu den schwersten allgemeinen Dermatitiden mit wochenlangem hochfieberhaftem Verlauf.

Eine schwere Dermatitis nach reiner Sulfoxylat-Salvarsanbehandlung kam an unsrer Klinik zur Beobachtung. Die Salvarsan-Dermatitis tritt meist erst nach Einverleibung mehrerer Salvarsandosen häufig nach etwa 6—8 Injektionen auf. Oft beginnt sie auf den Streckseiten der Extremitäten. Der Hautprozeß stellt eine hochfieberhafte Erythrodermie dar. Subjektiv fällt häufig der außerordentlich starke Juckreiz auf. Schädigungen parenchymatöser Or-

gane sind auffallenderweise bei den Salvarsan-Dermatitiden klinisch nicht beobachtet worden. Auch über Stomatitis finden sich in der Literatur keine Angaben. Dagegen finden sich, wenn auch nicht häufig, nach Ablauf der akut entzündlichen Erscheinungen Arsenhyperkeratosen und Melanosen.

Eine größere Anzahl von Salvarsanschädigungen der Haut, welche zur Kenntnis der Salvarsankommission des Allgemeinen ärztlichen Vereins zu Köln gelangten, zeigen ihre Bedeutung unter den Salvarsanschäden überhaupt. Es wurden im ganzen 48 Hautschädigungen bei mit Salvarsan behandelten Patienten gemeldet, davon wurden 37 Fälle als Salvarsanschäden anerkannt. Von diesen wurden 11 Fälle nur mit Salvarsan behandelt, unter ihnen kamen 4 schwerste Erkrankungen vor mit 2 Todesfällen.

Größte diagnostische Schwierigkeiten entstehen bei nach kombinierter Hg-Salvarsanbehandlung auftretenden Erkrankungen, was bei der großen Ähnlichkeit von Hg und Sa-Dermatitis verständlich ist. Diese Schwierigkeiten zeigen 5 Krankengeschichten kombiniert behandelter Fälle. Unterschiede zwischen Hg- und Sa-Dermatitiden lassen sich nach drei Richtungen hin aufstellen: im Ablauf der Krankheitserscheinungen, in der Art des entzündlichen Hautprozesses und in Organkomplikationen. Diese Unterschiede werden im einzelnen erörtert. Für die Diagnose der Hg-Dermatitis kommt der Stomatitis, der Enteritis, der Nephritis und gegebenenfalls den Lungenkomplikationen die größte Bedeutung zu. Für Salvarsan-Dermatitis spricht vor allem das Fehlen dieser Komplikationen und als positive Merkmale Arsenhyperkeratosen und Melanosen. Die Vieldeutigkeit besonders der Pigmentierungen, ihr spätes Auftreten, besonders aber ihre relative Seltenheit, setzen indessen den Wert dieser Symptome stark herab. Auch wäre es denkbar, daß sich erst auf dem Boden einer Hg-Dermatitis Arten von Keratosen und Pigmentierungen ausbilden, so daß es dann verfehlt wäre, von ihnen auf die Ätiologie der Dermatitis zu schließen. Die Unterschiede in Verlauf und Art des Hautprozesses sind nicht so durchgreifend, daß sie große diagnostische Bedeutung beanspruchen könnten.

Der Wert dieser differentialdiagnostischen Momente wird in kombiniert behandelten Fällen wesentlich dadurch eingeschränkt, daß sich, wie bei unseren Patienten, z. B. Stomatitis und Nephritis mit Melanosen und Hyperkeratosen kombinieren, also Mischformen entstehen. Dann kann die Differentialdiagnose völlig unmöglich werden. Solche Fälle sind häufig. Es handelt sich nicht nur klinisch, sondern anscheinend auch ätiologisch hierbei um Mischformen, die vielleicht aus den toxikologisch gleichgerichteten Wirkungen von Hg und As zu erklären sind. Von diesem Gesichtspunkt aus wäre es denkbar, daß gerade die Kombination beider Gifte die Haut besonders schädigt. Es liegen außerdem Beobachtungen vor, welche dafür

sprechen, daß durch das eine Mittel eine Dispositionsänderung gegenüber dem anderen zustandekommen kann. So zeigte es sich, daß Salvarsan, welches vorher gut vertragen wurde, nach Überstehen einer Hg-Dermatitis jetzt seinerseits ebenfalls Dermatitis erzeugte.

Da eine sichere Differentialdiagnose zwischen Hg- und Salvarsandermatitiden sehr häufig unmöglich sein wird und außerdem mit der soeben erwähnten Dispositionsänderung gerechnet werden muß, so ergibt sich die Schlußfolgerung, beim ersten Auftreten von Exanthemen im Verlaufe einer spezifischen Kur sogleich beide Mittel bis zum Rückgang sämtlicher Erscheinungen auszusetzen und dann erst wieder vorsichtig zu beginnen, und zwar sollten auch dann beide Mittel ausgesetzt werden, wenn man Anhaltspunkte für die ätiologische Wirksamkeit nur des einen von ihnen zu haben glaubt.

Über Influenza-Blennorrhöe im Säuglingsalter.

Von

Alice Ochs aus Köln.

Die letzte große Influenza-Epidemie hat Gelegenheit geboten, eine sehr seltene Komplikation an den Augen — eine unter dem Bilde der Blennorrhöe auftretende, aber durch Influenzabazillen hervorgerufene Konjunktivitis — zu beobachten. Die Literatur über diesbezügliche Fälle ist äußerst spärlich. Es liegen Beobachtungen vor von Zur Nedden, Jundell, Morax und Axenfeld, die im Verlauf einiger Jahre mehrere solcher Konjunktivitiden besonders bei Säuglingen zu behandeln hatten.

Vier solcher Fälle von schwerster eitriger Influenzabazillen-Konjunktivitis traten im Frühjahr 1919 auf der Säuglingsabteilung der Kinderklinik Lindenburg in Köln auf. Bei zweien der Kinder ging ein einige Tage dauerndes katarrhalisches Stadium der Konjunktivitis voraus, bei den beiden anderen äußerte sich die Erkrankung gleich in ihrer ganzen Heftigkeit. Bei allen 4 Kindern war auf der Höhe der Erkrankung das ganze benachbarte Gewebe durch Hyperämie und Schwellung in Mitleidenschaft gezogen. Die Lider waren prall gespannt, ödematös geschwollen und entzündlich gerötet. Die Lidbindehäute waren sehr stark injiziert und durch die seröse Durchtränkung chemotisch aufgelockert. Das in den ersten Tagen spärliche Sekret nahm rasch an Menge zu und quoll als dicker rahmartiger Eiter aus den Lidspalten hervor. Bei allen Kindern traten auch noch andere Erscheinungen der Influenza — Husten, Rhinitis, Laryngitis oder Bronchopneumonie — hinzu. Zwei Kinder erlagen der Lungenentzündung, die beiden anderen erholten sich verhältnismäßig rasch. Husten und Heiserkeit verschwanden, und auch die Augenerscheinungen klangen langsam ab. Die Sekretion ließ nach, die Augen konnten wieder spontan geöffnet werden, und 3 Wochen nach Beginn der Erkrankung waren die Augen vollkommen gesundet. Trotz der Heftigkeit der Erscheinungen war nur in einem Falle die Conjunctiva Bulbi mitbeteiligt; es war dort zu einem kleinen subkonjunktivalen Bluterguß gekommen. Die Kornea war immer verschont geblieben.

Die Diagnose ließ sich rein klinisch nur bis zu einer gewissen Wahrscheinlichkeit stellen. Wichtig war vor allem die Unterscheidung von der spezifischen Gonokokken-Blennorrhöe. Für eine In-

fluenza-Erkrankung der Augen sprach das Auftreten während einer Grippeepidemie, ferner das gleichzeitige und gleichstarke Befallensein beider Augen mehrerer älterer Säuglinge. Weiter wiesen ein plötzlicher Fieberanstieg und ein stark gestörtes Allgemeinbefinden, obgleich zuerst nur die Augen erkrankt waren, darauf hin, daß es sich nicht um einen rein lokalen Prozeß wie bei der Gonokokken-Blennorrhöe handeln konnte. Charakteristisch für eine mit Influenza in Zusammenhang stehende Augenentzündung war die Beteiligung der Nachbarorgane, die Rhinitis, die Laryngitis, der Husten und die Otitis media, die bei allen Kindern mehr oder weniger stark ausgeprägt waren. Auch der viel raschere, leichtere und günstigere Verlauf und das Verschontbleiben der Hornhaut sprachen gegen eine Gonokokken-Infektion. Sichergestellt werden konnte die Diagnose aber nur durch den bakteriologischen Befund. Man fand in einem Fall die kurzen, plumpen, gramnegativen Stäbchen schon im Ausstrichpräparat. Wo das Resultat unsicher blieb, gelang es doch immer, die vorhandenen Influenzabazillen auf Blutagarplatten als helle, tröpfchenförmige Kolonien zu züchten.

Die Frage des Infektionsmodus blieb für unsere Fälle ungeklärt. Es konnte weder eine metastatische Verschleppung auf dem Blutwege, noch eine Wanderung der Keime durch den Ductus nasolacrimalis, noch eine Verschmierung etwaigen infektiösen Nasensekrets durch die Kinder selbst in Betracht kommen, da die Augenerkrankung immer die primäre war. Ein Pflegefehler war bei der vorsichtigen Behandlung durch die Schwester und bei dem weiten Auseinanderliegen der kurz nacheinander erkrankten Kinder auszuschließen. Man konnte sich nur vorstellen, daß der zu jener Zeit beinahe ubiquitäre Influenzabazillus durch Tröpfcheninfektion oder sogar direkt durch die Luft auf die Bindehäute der Patienten gelangte und durch eine besonders hohe Virulenz diese schwere blennorrhoiforme Konjunktivitis hervorrufen konnte.

Nach den bisherigen Erfahrungen über die Influenzabazillen-Konjunktivitis war die Prognose bezüglich der Augen trotz der heftigen Entzündungserscheinungen als günstig zu bezeichnen. Die Kornea war nie ergriffen, was für die Prognose das Entscheidende ist. Alle Fälle verliefen vollkommen komplikationslos. Rezidive wurden bisher nicht beobachtet.

Therapeutisch brachte die Blennorrhöebehandlung — Tag und Nacht fortgesetzte Spülungen und tägliches Einträufeln von Protargol — die besten Erfolge. Nach längstens 3 Wochen waren die Konjunktiven blaß und glatt, und nichts erinnerte mehr an den schweren Prozeß, von dem die Augen befallen gewesen waren.

Aus der Chirurgischen Klinik Lindenburg
(Geheimrat Prof. Dr. Tilmann).

Ein kasuistischer Beitrag zur Kenntnis des Hammerdarms.

Von

Julius Kaufmann aus Trier.

Der von Franz König geprägte Name Hammerdarm bezeichnet einen selten beobachteten, eigenartigen Prolaps des Darmes aus einer Kotfistel, der seiner äußeren Form nach einem Hammer gleicht.

Ein 10jähriger Knabe war wegen Blinddarmentzündung und Perforationsperitonitis laparotomiert worden. Die Naht der Bauchwunde platzte nach einigen Tagen wieder auf, und in der Folge verlötete eine Dünndarmschlinge mit der Bauchwand. Dieser Darm wies bald im Bereiche der Wunde ein Loch auf, und es entstand so eine Kotfistel (Lippenfistel). Durch das unruhige Verhalten des Jungen, Weinen, Pressen, später auch ohne dies durch rein peristaltische Bewegungen des Darmes entwickelte sich ein Prolaps des Darmes aus dieser Kotfistel, der eine ganz eigenartige Form annahm.

Vor dem Bauche, kurz unterhalb des Nabels sah man eine walzenförmige, mit Schleimhaut überzogene Geschwulst, die bis zum Darmbeinkamm reichte und in beständiger, wurmförmiger Bewegung begriffen war. Dieser Darmzylinder wies zwei Öffnungen auf, die eine kurz unterhalb der Austrittsstelle aus der Bauchhöhle, die andere am Ende der Walze, am Darmbeinkamme gelegen. Aus ersterer erfolgte die Kotentleerung. Von beiden Öffnungen aus konnte man mit einer Sonde durch einen Kanal bis in das Darmstück innerhalb der Bauchhöhle gelangen.

Dieser Zustand unseres Falles wies allerdings nicht mehr die Hammer- oder T-Form auf, aber die Entwicklung des Vorfalles, die man recht genau verfolgen konnte, zeigte, daß es sich um eine Variation des Hammerdarms handelte.

Der Vorgang war folgender: Die der Fistelöffnung gegenüberliegende Darmwand wölbte sich vor und erschien in der Öffnung, die dadurch in zwei Teile getrennt wurde. Trat diese Partie nun weiter aus, so wurde allmählich auch die ganze Zirkumferenz des zu- und abführenden Darmendes in den Prolaps mit einbezogen und umgestülpt. Dieses so entstandene Bild zeigte die Verhältnisse des Hammerdarmes genau wie Pels-Leusdens Fall. Im weiteren Verlaufe entstand nun durch einseitige starke Vergrößerung des Prolapses

am abführenden Darmschenkel und geringe Zurückbildung am zuführenden das geschilderte Zustandsbild.

Verfasser charakterisiert den Hammerdarm mit folgenden Sätzen:

Der Hammerdarm ist ein vollständiger Darmvorfall aus einer Kotfistel.

Er stellt eine mit Schleimhaut überzogene, meist T-förmige Geschwulst dar, die an ihrer Oberfläche zwei Öffnungen, die Mündungen des zu- und abführenden Darmendes, zeigt, aus deren eine sich Kot entleert.

Er entsteht durch Vor- und Ausstülpung der der Fistelöffnung gegenüberliegenden Darmwand, an die sich eine Umstülpung der beiden angrenzenden Darmschenkel anschließt.

Ein Querschnitt durch die Geschwulst zeigt einen äußeren Darmzylinder, der zwei innere, kleinere Darmzylinder beherbergt.

Zur Kenntnis der Gummenbildung im Halsmark.

Von

Franz Meffert aus Büderich.

Das Rückenmark wird meist seltener von Syphilis befallen wie das Gehirn, und fast immer sind syphilitische Erkrankung von Gehirn und Rückenmark kombiniert. Nach Nonne und Oppenheim rechnet man durchschnittlich 5—6 Jahre als Zeitraum zwischen Auftreten des Primäraffekts und der spinalen Erscheinungen. Die knöchernen Hüllen werden nur sehr selten befallen, Dura und Pia mater erkranken häufiger und meist gemeinsam. Selten sind auch reine Gummen des Rückenmarks; werden sie mal beobachtet, so sind sie fast immer primär von den Häuten ausgegangen und griffen dann auf die Substanz über, doch sind von Orlowsky, Osler, Wiliamson Jawers auch Fälle beschrieben, wo die gummöse Neubildung vom Rückenmark selbst ausging.

Einzelheiten möge folgender Fall geben: Ein lange Zeit bereits an Fistelherden in der rechten Schlüsselbeingrube vorbehandelter Mann wurde Mitte Januar 1919 dem Kölner Bürgerhospital zur ambulanten Bestrahlung überwiesen. Nach einmaliger Sitzung machten sich Schmerzen und Bewegungseinschränkungen beim Bewegen des Halses bemerkbar, die sich rasch steigerten. Im Gefolge traten ziehende Schmerzen im rechten Arm, dann völlige Anästhesie des Körpers bis zum Hals, Incontinentia urinae et alvi, schlaffe Lähmung der oberen und unteren Extremitäten auf, und nach 24 Stunden verschied Patient an Atemlähmung. Die Obduktion ergab keinerlei Veränderungen am Gehirn. Im Bereiche des 3. und 4. Halswirbels fand sich auf der rechten Seite extradural eine kirschengroße Geschwulst, die die Dura nach innen durchwuchert hatte und auf die Intumescentia cervicalis drückte. Das Rückenmark war an dieser Stelle erweicht und komprimiert. In der Dura fand sich eine knollig vorwuchernde, das Rückenmark flach eindrückende Geschwulst, die in der Mitte der Halsanschwellung erst in die Substanz eindrang.

Irgendwelche Anhaltspunkte für Tuberkulose wurden nicht gefunden.

Schnitte in Höhe des Tumors zeigten mit Lupe betrachtet deutlich Verzerrung der Zeichnung und Verdrängung des Rückenmarks durch ein diffus sich ausbreitendes Granulationsgewebe. Bei feinerer Untersuchung waren Ganglienzellen nicht mehr zu erkennen. Im

neuen Gewebe sah man reichlich Rundzellen im Zerfall, zahlreiche Riesenzellen vom Langhansschen Typus, einige Plasmazellen, jedoch nur wenig Epitheloidzellen. Auffallend war das Vorhandensein von reichlichen kavernomähnlichen und kapillären Gefäßen, von denen die größeren deutliche Peri- und Endophlebitis obliterans erkennen ließen. Auch die Häute zeigten lediglich Rundzellen, keine Tuberkel. Im Schnitt, nach van Gieson gefärbt, sah man deutlich die Aufsplitterung der Dura in der Wucherung; letztere ist also von der Dura ausgegangen. Spirochäten und Tuberkelbazillen wurden nicht gefunden. Auch auf- und absteigende Degeneration war nicht nachzuweisen.

Alle Kriterien sprechen hier für eine syphilitische Art des Tumors, vor allem sind die Veränderungen an den Gefäßen charakteristisch für Lues. Bei der Tuberkulose verschwinden im Bereich der Epitheloidzellenwucherungen die alten Gefäße völlig und es kommt nie zu einer Gefäßneubildung, während in gummösen Bildungen die Gefäße, wie auch elastische Gewebe, lange erhalten bleiben (Baumgarten). Nicht so sehr ist der Befund der Riesenzellen für die Differentialdiagnose verwertbar. Denn v. Baumgartens ursprüngliche Ansicht, echte Langhanssche Riesenzellen kämen in den reinen Fällen luetischer Wucherungen überhaupt nie vor, besteht nicht mehr zu Recht, da ja Riesenzellen verschiedenen Ursprungs im Granulationsgewebe, sogar in normalen Wundgranulationen, stets vorkommen können (Marchand).

Über einen Fall von doppelseitiger Nebenhodenzyste.

Von

Gustav Thiel aus Bochum.

Bei vorliegendem Fall handelt es sich um einen 63jährigen Mann, bei dem allmählich eine Schwellung des Hodensackes eingetreten war. Seit 7 Jahren bestand eine Hernia inguinalis. Klinischer Befund: Die inneren Organe ohne krankhaften Befund. Auf der rechten Seite findet sich eine Hydrozele, links Hernia inguinalis. Der linke Nebenhode erscheint vergrößert und fühlt sich hart an. Bei der Operation (Vinzenzhospital Prof. Dr. Dreesmann) kommt rechts eine apfelgroße Hydrozele zum Vorschein, daneben eine größere und kleinere Anzahl Zysten, die, wie sich nachher zeigt, dem Nebenhoden angehören. Auch links neben der Hernia inguinalis indirecta, mit Kolon und Fettgewebe im Bruchsack, besteht eine kleine Hydrozele sowie die rechtserwähnte Zystenbildung. — Castratio beiderseits. — Verschluß nach Dreesmann, glatter Heilungsverlauf.

Das rechte Präparat ist uneröffnet, das linke zur histologischen Untersuchung aufgeschnitten. Makroskopischer Befund rechts: Den Nebenhoden nach hinten und beiderseits lateral umschließend finden sich eine ganze Reihe von Zysten von Bohnen- bis Kirschgröße. Die gemeinsame Hülle der Zysten ist blaßgelb bis mattgraubläulich. Der Inhalt ist wässerig durchscheinend. Im mittleren und unteren Abschnitt greifen die Zysten auf die Hodenoberfläche über. Auf eine Strecke von 4 cm begleitet die Zystenbildung den Samenstrang. Im linken aufgeschnittenen Präparat reichliche Zystenbildung zwischen Nebenhodenkopf und Hoden bis zur Mitte abwärts. Besonders viel Zysten finden sich im Bereich der Umschlagstelle der Tunica vaginalis vom Nebenhoden auf den Hoden, und zwar finden sich Zysten sowohl in und unter der Tunica vaginalis communis als auch zwischen Tunica vaginalis communis und Tunica propria. Für die histologische Untersuchung ist der erste Schnitt durch den Nebenhoden und die darum befindliche größere Ansammlung der Zysten gelegt.

Das Epithel der Nebenhodenkanälchen ist regelmäßig, bietet aber stellenweise in der innersten Schicht bräunliches Pigment. Das Bindegewebe ist locker, um die Gefäße herum findet sich keine Infiltration. Ein Teil des Nebenhodens ist durch dazwischentretende Zysten auseinandergedrängt, der andre Teil bildet einen geschlossenen Körper. Die Zysten unterscheiden sich deutlich untereinander

ander, indem sie teils schmale Spalten, teils große buchtige Räume bilden, die labyrinthartig ineinander übergehen. Der Überzug ist in allen Zysten gleichmäßig gebildet von einer einfachen Zellage. Die Zellen sind ganz flach, haben einen dunklen Kern und lassen sich in einem kleinsten Querschnitt gleichsam als punktierte Linie erkennen. Dort, wo der Schnitt in den hinteren Buchten etwas flacher trifft, wird die Zellage höher, und erscheint als ein Häutchen mit regelmäßig eingelagerten blassen Kernen von nicht ganz deutlichen Zellgrenzen. — Der Innenraum der Zysten ist größtenteils leer, manchmal finden sich geronnene Massen. Stellenweise sieht man Spermatozoen, die oft Haufen bilden, außerdem große Zellen, die mit den Köpfen der Spermatozon vollgepropft scheinen. An einer Stelle findet sich eine Zyste von runder Gestalt mit deutlich kubischer Zellage und großen dunklen Zellen. Auch im Flachschnitt liegen diese hier regelmäßig und sind gleichmäßig geformt. Sie unterscheidet sich sichtlich von den anderen Zysten und ist offenbar eine Hydatide vom Kopf des Nebenhodens. Während man bei ihr den Überzug als Epithel ansehen muß, kann man bei den andern Zysten von Endothel reden.

Der zweite Schnitt trifft die Zysten zwischen Nebenhoden und Hoden. Sie dringen auch gegen die Randteile und zwischen die Kanälchen ein. Es besteht keine Reaktion des umgebenen Bindegewebes. Die Zysten sind kleiner, durchweg spaltförmig, und hängen ebenfalls labyrinthartig miteinander zusammen. An Inhalt ist nichts zu sehen. Der Bau ist im ganzen der ersten Beschreibung gleich. Die Hodenkanälchen sind regelmäßig gebaut, mit guter Spermatogenese. Die Zwischenzellen bilden kleine Häufchen.

Nach dieser Beschreibung liegen hier zystische Bildungen vor, die den Nebenhoden teilweise durchsetzen, zwischen Nebenhoden und Hoden gehen, und am Samenstrang hinaufreichen. Dem Charakter nach sind es endothelbekleidete Lymphzysten, keine epithelialen Zysten, die allerdings zum Teil Spermien und Resorptionszellen enthalten. — Diese Zysten sind hinsichtlich ihrer Auskleidung mit den von Steinthal, Kraske und Leser beschriebenen Fällen zu vergleichen. Es sind Lymphzysten. Auffallend ist dann die Anwesenheit von Spermatozoen. Diese ist zu erklären durch zeitweise Verbindung mit den Samenwegen, wie sie bereits von Pourrier beschrieben ist.

Was die Entstehung in spätem Alter anbelangt, so darf man annehmen, daß einerseits schon eine Anlage da war, und daß andrerseits durch die Stauung der Hernie der Lymphabfluß behindert war, und auf dieser gemeinsamen Basis die Zystenbildung entstanden ist. Wie bei dem Fall von Kraske haben sich die Zysten im Laufe von Jahren allmählich entwickelt.

Über den feineren Bau von Hirnnarben nach einer alten Schußverletzung.

Von

Kurt Blum.

Der beschriebene Fall betrifft einen 23jährigen Studenten, der am 2. Dezember 1916 einen Kopfschuß bekam und nach wechselvollem klinischen Verlauf am 23. Oktober 1919 im Status epilepticus starb, nachdem vorher eine Zyste operativ eröffnet worden war. Zwischen Trauma und Tod liegen also fast 35 Monate. Bei der am 24. Oktober 1919 ausgeführten Obduktion fand sich ein tangentialer, narbig ausgefüllter Schußkanal, der durch den Scheitellappen und den hinteren Teil des Stirnlappens ging, mit Verziehung der Hirnsubstanz nach der Narbe zu; ferner Verwachsungen der Hirnhäute untereinander und mit der Hirnsubstanz, Reste einer alten Blutung, ein Erweichungsherd und Zysten verschiedener Form und Größe.

Die Technik der mikroskopischen Untersuchung war gegenüber früheren Untersuchungen insofern eine andere, als neben Hämatoxylin-Eosin-, Hämatoxylin-Sudan- und Hämatoxylin-van Gieson-Färbungen die Bindegewebsfärbung nach Mallory (Modifikation nach Heidenhain) und die Gliafärbung nach Fieandt zur Anwendung kamen.

Die Narben in der Rinde bestehen aus einem Granulationsgewebe, welches von den Hirnhäuten stammt und in Umwandlung zu Narbengewebe begriffen ist. Dieses Gewebe geht nach der normalen Hirnsubstanz zu in ein dichtes Gliagewebe über, welches sich in der Übergangszone mit dem Bindegewebe innig zu verflechten scheint. — Den Zysten fehlt eine eigentliche Innenschicht, etwa eine Endothellage; vielmehr wird die Innenwand der Zysten von einem dichten, ziemlich zellarmen Bindegewebe gebildet, welches an einzelnen Stellen Beziehungen zu dem perivaskulären Gewebe hat; dann folgt eine vielfach breitere, sich allmählich in die normale Hirnsubstanz bzw. in die narbig veränderten Rindenabschnitte verlierende sklerotische Gliazone. Auch hier verflechten sich Glia und Bindegewebe. Die feinen Netze in einzelnen Zysten erweisen sich als Gefäße mit einem dünnen gliösen Mantel. — In den erweichten Partien wird das mikroskopische Bild beherrscht von pigmentbeladenen Zellen und Fettkörnchenzellen, die die Lymphscheiden

der Gefäße ganz dicht ausfüllen. — Das Ependym des stark in die Narbe hineingezogenen Vorderhorns ist intakt.

Unter Berücksichtigung der Ergebnisse der zahlreichen experimentellen Untersuchungen und der weniger zahlreichen Beobachtungen aus der Literatur werden bezüglich der Frage: Bindegewebige oder gliöse Narbe? folgende Schlußfolgerungen gezogen:

Beide Gewebsarten sind an der Narbenbildung im Gehirn beteiligt. Die Neubildung des mesenchymalen Bindegewebes, die nach dem Typus des Granulationsgewebes erfolgt und sowohl von den Häuten als auch von dem perivaskulären Gewebe ihren Ausgang nimmt, macht offenbar bald Halt und bildet sich zu Narbengewebe zurück. Zur vollständigen Ausfüllung von größeren Herden zerstörter Hirnsubstanz ist es trotz seiner großen Resistenz gegenüber traumatischen Einflüssen nicht fähig.

Die Wucherung des ektodermalen Stützgewebes, die ebenfalls schon sehr früh beginnt, beschränkt sich nicht auf den Ersatz untergegangenen Nervengewebes, sondern geht auch darauf aus, durch Schrumpfung entstandene Lücken auszufüllen, berührt sich dabei mit dem mesenchymalen Gewebe und führt zu Durchflechtungen mit diesem. Aber auch die Wucherungsfähigkeit der Glia hat ihre Grenzen; auch sie vermag größere Defekte nicht zu ersetzen. So kommt es zur Bildung von Zysten.

Die Vernarbungsprozesse im Gehirn brauchen bis zu ihrem vollständigen Ablauf Jahre; auch in dem untersuchten Falle — nach fast 3 Jahren — ist noch nicht alles Zerstörte resorbiert und narbig ersetzt.

Zur blutigen Operation schwerster Formen von Pes plano-valgus.

Von

Karl Hünermann aus Eckrath.

Ebensowenig wie es eine einheitliche Ätiologie des Plattfußes gibt, verfügen wir über eine einheitliche Therapie dieses Leidens. Zwar ist ein großer Teil dieser Fußdeformitäten durch eine energisch durchgeführte mechanisch-orthopädische Behandlung zu heilen; aber ein Teil trotzt hartnäckig jeder derartigen Therapie.

In diesen Fällen von Pes plano-valgus, die mit mehr oder minder starker Knochendeformität einhergehen, kann nur ein chirurgischer Eingriff Heilung bringen. In einem hohen Prozentsatz von Fällen genügt hierbei eine Sehnenoperation im Sinne Nicoladonis und anderer Autoren. Bei anderen Fällen muß durch eine Knochenoperation die Möglichkeit zur Wiederherstellung normaler Verhältnisse geschaffen werden. Häufig genügt dieses, um ein gutes Dauerresultat zu erzielen.

Es gibt aber erfahrungsgemäß schwerste Formen von Pes plano-valgus mit ausgesprochenen, röntgenologisch nachweisbaren, erheblichen Deformierungen der Fußwurzelknochen, die auch durch die bisher geübten Verfahren der Operation nicht zu heilen sind. In diesen Fällen hat aber das Leiden zumeist schon lange bestanden und allein schon die sozialen Verhältnisse des Patienten fordern eine aktive Therapie. In solchen Fällen, wo unerträgliche Schmerzen und gänzliche Arbeitsunfähigkeit des Patienten vorliegen, wird in der Orthopädischen Klinik der Universität Köln von Herrn Prof. Cramer folgende Operationsmethode geübt:

Von einem Längsschnitt oberhalb des äußeren Knöchels wird die Achillessehne **Z**-förmig verlängert ohne Vernähung der Teilstücke. Vom selben Schnitt aus wird aus beiden Peroneussehnen ein etwa 4 cm langes Stück exzidiert. Dann wird ein 6 cm langer Schnitt an der Innenseite der Fußwurzel angelegt, der unterhalb des inneren Knöchels beginnt und horizontal nach vorne verläuft. Die Bänder und das Periost werden in derselben Schnittführung durchtrennt und zurückgeschoben. Mit einem breiten, dünnen Meißel wird sodann ein prismatischer Keil aus der ganzen Breite der Fußwurzel mit der Winkelspitze nach oben und außen herausgemeißelt. Er mißt an seiner medialen Basis, die hauptsächlich das

Talonavikulargelenk enthält, 3 cm. Darauf wird der Fuß manuell durch Adaption der Knochenwundflächen, Adduktion und Plantarflexion in eine möglichst normale Form gebracht, indem unter gleichzeitigem Aufrichten des Calcaneus ein Fußgewölbe wiederhergestellt wird. Hautnaht und Gipsverband in möglichst starker Korrektur beschließen die Operation. Sehr bewährt für die lange Nachbehandlung haben sich in der hiesigen Klinik leicht gearbeitete Seitenschienen, die mit den Einlagen aus Duranoblech in Höhe des Sprunggelenkes beweglich verbunden sind.

Der Erfolg dieser Methode konnte an 2 Fällen illustriert werden. Diese kombinierte Operationsmethode schafft also auch bei schweren arthritischen Veränderungen durch die ausgedehnte keilförmige Exzision aus der Fußwurzel die Möglichkeit, durch exaktes Aufeinanderpassen der Knochenwundflächen unter gleichzeitigem Anfühlen des Kalkaneus ein normales oder doch annähernd normales Fußgewölbe wiederherzustellen. Sie schafft aber gleichzeitig durch Ausschalten der Achilles- und Peronealsehnen den Antagonisten dieser, vor allem der Muskelgruppe der Fußsohle die Vorbedingung zur Regeneration.

Somit berücksichtigt diese Methode einerseits die ätiologischen Momente, die zu dem Leiden geführt haben, und andrerseits bietet sie durch weitgehende Berücksichtigung des aus der langen Dauer des Leidens resultierenden Status praesens eine begründete Aussicht auf einen dauernden Erfolg.

Aus der Medizinischen Klinik der Akademie für praktische Medizin in Düsseldorf (Geh. Rat Prof. Dr. Hoffmann).

Zwei Fälle von Landryscher Paralyse.

Von

Paul Dreyer aus Essen.

Es werden die Krankheitsgeschichten von Josefine N., 28 Jahre, und Josef K., 16 Jahre, wiedergegeben, die beide an Landryscher Paralyse erkrankt waren. Im ersten Fall war die Erkrankung im Anschluß an eine 1500 A. E. Di.-Serum-Einspritzung aufgetreten mit starker Übelkeit, Schüttelfrost, Fieber, Erbrechen und Schwellung der Einstichstelle an der linken Brustseite. 5 Tage später stellte sich eine Lähmung der unteren Extremitäten und des Unterleibs ein mit Paralyse der Blase und des Mastdarms. Die Arme zeigten nur leichte Parese. Sensibilitätsstörungen bestanden nur im Anfang in ganz geringem Maße. Reflexe an den unteren Extremitäten und Bauchdecken fehlten. Elektrische Erregbarkeit war sowohl vom Nerven als auch vom Muskel aus für beide Qualitäten herabgesetzt.

Im Verlauf von $3^1/_2$ Monaten gingen die Lähmungserscheinungen so zurück, daß die Patientin als gebessert entlassen werden konnte. Ätiologisch spielte offenbar die Di.-Serum-Einspritzung eine große Rolle. Man hat anaphylaktische Erscheinungen — bestehend in Erbrechen, Fieber, Exitationen, Schwindelgefühl — beobachtet; es war daher nicht von der Hand zu weisen, daß ein Zusammenhang bestand zwischen der Serumeinspritzung und dem beschriebenen Krankheitsbilde.

Im Falle 2 trat die Erkrankung 8 Tage nach einer leichten Halsentzündung auf mit einer Lähmung der unteren Extremitäten und des Unterleibs ohne Blasen- und Mastdarmstörungen. 2 Tage später waren auch der Schultergürtel und die Arme von der Lähmung ergriffen, so daß nur die Unterarme und Hände noch etwas bewegt werden konnten. Die Reflexe an den unteren Extremitäten und Bauchdecken fehlten, während sie an den Armen erhalten waren. Es bestanden keine Sensibilitätsstörungen, geringe Druckempfindlichkeit zeigte im Anfang nur der Verlauf des Nervus cruralis. Die elektrische Erregbarkeit war sowohl faradisch wie galvanisch vom Nerv und Muskel aus herabgesetzt. Auch im Falle 2 gingen die Lähmungen allmählich und typisch zurück, insofern die Beweglichkeit der oberen Extremitäten raschere und bessere Fort-

schritte machte wie an den unteren Extremitäten. Nach 5monatlicher Klinikbehandlung wurde Patient als gebessert entlassen. Ätiologisch spielte im Fall 2 die 8 Tage vor Beginn der Lähmung aufgetretene Angina die Hauptrolle. Es handelte sich um eine Infektion von den Tonsillen aus, in deren Gefolge eine Landrysche Paralyse sich entwickelte. Solche Fälle wurden in der Literatur mehrfach beschrieben.

Es folgt eine Beschreibung des pathologisch-anatomischen Bildes der Landryschen Paralyse, das im Gegensatz zu dem wohlumschriebenen klinischen Bilde seit der ersten Beschreibung noch keine einheitliche Grundlage hat.

Landry forderte neben den bekannten klinischen Erscheinungen das Fehlen jeglicher anatomischer Veränderungen. Kußmaul, Bernhardt, Vulpian, Pellegrino-Levi, vor allem Westphal bestätigten diese Ansicht. Letzterer hielt die Landrysche Paralyse für eine Erkrankung auf Grund einer Intoxikation.

Die Charcot-Duchennesche Schule sah die Ursache der Landryschen Paralyse in einer Erkrankung der grauen Vorderhörner des Rückenmarks. Duchenne bezeichnete sie sogar anatomisch als Poliomyelitis anterior acutissima.

Dagegen veröffentlichte v. Leyden (1894) eine Arbeit, in welcher er die Meinung ausspricht, daß die Landrysche Paralyse keinem einheitlichen Prozeß entspricht und unterscheidet deshalb 2 Formen: 1. eine bulbäre, 2. eine neuritische, die beide einen analogen Symptomenkomplex hervorrufen können.

Es folgt eine Angabe der ätiologischen Momente, die der Landryschen Paralyse zugrunde liegen können. Zweifellos sind es Infektionserreger und Toxine, die in der Mehrzahl der Fälle bakteritische Produkte sind. So kann das Leiden auf dem Boden des Typhus, der Diphtherie, der Variola, des Milzbrand, der Influenza, der Pneumonie, des Keuchhustens, des Puerperiums, der Gonorrhöe, wahrscheinlich auch der Septikämie und anderer unbekannter Infektionserreger entstehen. In den beiden beschriebenen Fällen liegt im 1. Fall eine Serumkrankheit, im Fall 2 eine Infektion vor. Auch Alkoholismus und Tuberkulose, besonders aber die Syphilis werden zu den ätiologischen Momenten gerechnet. Ein spezifischer Erreger ist bis heute nicht gefunden worden.

Es ist wahrscheinlich, daß das wirksame Gift die motorische Leitungsbahn im Rückenmark, in der Medulla oblongata und den peripheren Nerven schädigt, daß es lähmend wirken kann, ohne erkennbare Läsionen am Nervenapparat hervorzurufen, daß der Angriff auf diese aber gelegentlich auch sichtbare Spuren hinterläßt, die bald in den motorischen Bahnen der Medulla, bald an den peripherischen Nerven, bald an beiden Orten zugleich wahrnehmbar sind. (Oppenheim.)

Die Behandlung besteht in einer möglichst schnellen Entgiftung des Körpers, bestehend in Schwitzen, Lumbalpunktionen und anschließenden Kochsalz-Infusionen. Schmierkuren auch ohne Verdacht auf Lues, die innerliche Darreichung von Aspirin, Salizylsäure, Jodkali, ferner kleine Gaben von Strychnin und Ergotin sind empfohlen worden. Im übrigen muß man sich auf ein symptomatisches Vorgehen beschränken. Bei stärkeren Schmerzen sind beruhigende Mittel am Platze. Gegen die Zwerchfellähmung ist künstliche Atmung angezeigt.

Aus der Medizinischen Klinik Lindenburg
(Geh.-Rat Prof. Dr. Moritz).

Über die Ausscheidung von Phenolsulfophthalein durch die gesunde Niere.

Von

Paul Roßkotten aus Aachen.

Unter den Stoffen, die für die Funktionsprüfung der Nieren empfohlen worden sind, ist das Phenolsulfophthalein der einzige, dessen Ausscheidung sich mit genügender Genauigkeit quantitativ verfolgen läßt. Die Untersuchungen, die in diesem Sinne angestellt worden sind, haben nun ergeben, daß bei Erkrankungen der Nieren, besonders bei den echten Nephritiden, erhebliche Störungen der Ausscheidung nachweisbar sind, und daß daher der Probe im Verein mit den übrigen klinischen Beobachtungen erhebliche diagnostische Bedeutung zukommt. Daneben hat sich aber auch gezeigt, daß selbst beim Gesunden sowohl bezüglich der Gesamtausscheidung als auch des Ablaufes der Ausscheidungskurve erhebliche Schwankungen vorkommen. Diese Schwankungen bleiben zwar in der Regel innerhalb der als normal angegebenen Grenzen, trotzdem muß es aber wünschenswert erscheinen, die Ursachen, durch die sie hervorgerufen werden, kennen zu lernen.

Die bisher angegebenen Erklärungen, wie Abhängigkeit der Farbstoffausscheidung von der Urinmenge und Einfluß von Tageszeiten, Bettruhe usw. reichen nicht in allen Fällen aus. Ich habe daher versucht, an Hand der von Heß angegebenen Normal-Durchschnittskurve sowie einer Reihe einzelner Normalkurven durch Berechnung festzustellen, ob der Ausscheidung des Phenolsulfophthaleins durch die Nieren ein allgemein gültiges Gesetz zugrunde liegt. Diese Berechnungen haben ergeben, daß die Nieren einen während der Dauer des Versuches stets gleichbleibenden Prozentsatz der jeweilig im Organismus vorhandenen Menge ausscheiden, und daß gleichzeitig ein ebenfalls während des Versuches gleichbleibender Prozentsatz an anderer Stelle im Körper für die Ausscheidung durch die Nieren verloren geht. Auf diesen gleichzeitigen Verlust ist es zurückzuführen, daß das an sich einfache Gesetz an den einzelnen Ausscheidungskurven nicht ohne weiteres ersichtlich ist. Die außerordentliche Verschiedenheit der einzelnen Ausscheidungskurven rührt davon her, daß sowohl die Ausscheidung durch die Nieren, als auch der anderweitig stattfindende Verlust in den einzelnen Kurven

verschieden groß sind. Wir haben es also mit zwei gleichzeitig stattfindenden Vorgängen zu tun, die sich natürlich gegenseitig beeinflussen. Die allgemeine Reihe, nach der alle Ausscheidungskurven verlaufen, lautet:

$$\left(\frac{b}{a}\right)^0 a \quad \left(\frac{b}{a}\right)^1 a \quad \left(\frac{b}{a}\right)^2 a \quad \left(\frac{b}{a}\right)^3 a \quad \ldots$$

wenn a und b die Ausscheidungen der beiden ersten Stunden sind.

Um nun die tatsächliche Leistung der Niere, das heißt den Prozentsatz der injizierten Menge, den die Niere nach Ausschaltung des gleichzeitigen Verlustes stündlich ausscheiden würde, in jedem Falle berechnen zu können, habe ich folgende Formel aufgestellt:

$$x = \frac{a\left(3 + 2\sqrt{r} - r - \frac{a}{50}\right)}{(1+\sqrt{r})^2}, \quad \text{wobei} \quad r = \frac{A - a}{A}$$

(A = Gesamtausscheidung; a = Ausscheidung der 1. Stunde.)

Die Berechnung nach dieser Formel ergibt für die Heßsche Normalkurve eine Ausscheidung von 63,2 Proz. für die 1. Stunde anstatt 53 Proz. bei einem Verluste von 21,5 Proz. pro Stunde. Bei den einzelnen Normalkurven zeigt sich, daß zuweilen ganz die gleiche Nierentätigkeit vorliegt, obwohl im Versuche erheblich abweichende Ausscheidungszahlen gefunden werden. So waren in zwei Fällen die Ausscheidungen der 1. Stunde: 60,0 und 78,5, die Gesamtausscheidungen: 69,5 und 30,5; trotzdem ergibt die Berechnung, daß die tatsächlichen Ausscheidungsintensitäten 84 und 86 Proz. betrugen. In analoger Weise fanden sich in einzelnen Fällen Unterschiede in der tatsächlichen Leistung der Nieren bei fast gleichen Werten der 1. Stunde im Versuch.

Die Untersuchungen haben also ergeben, daß die Schwankungen der Ausscheidungskurve und der Ausscheidungsmenge des Phenolsulfophthalein bedingt sind einmal durch verschieden große Ausscheidungsintensität der Nieren in den einzelnen Fällen, dann aber auch dadurch, daß der gleichzeitig im Organismus stattfindende Verlust erheblich verschieden ist.

Aus der Nervenabteilung des Versorgungs-Lazaretts 3 Düsseldorf
(Leiter: Dr. Voß).

Über die diagnostische Bedeutung des Blutdrucks bei epileptischen und nichtepileptischen Hirnverletzten.

Von

Ferdinand Segerath aus Essen.

Die Arbeit behandelt die gerade durch den Krieg mit der großen Fülle von Hirn-Verletzungen so akut gewordene Frage, ob der Blutdruck eine diagnostische Bedeutung habe bei epileptischen und nichtepileptischen Hirnverletzten.

Dabei nimmt der Verfasser nach den meisten Autoren als Mittel des Blutdrucks im mittleren Lebensalter zwischen 105 und 130 mm Hg. liegend an.

Der Blutdruck ist abhängig von mehreren Faktoren:

1. Von der dehnenden Kraft, wobei die Blutmenge als solche oder das Verhältnis des Zuflusses zum Abflusse oder beides bestimmend sein können.
2. Von der Elastizität der Wandung, wobei die Elastizität selbst oder der Tonus der Gefäßmuskulatur die Rolle spielt.

Außer von diesen mechanisch-physikalischen (Hitze, Kälte) und toxischen (Adrenalin) Einflüssen kann der Tonus der Gefäße ganz von psychischen Momenten abhängen.

Weber-Berlin hat bewiesen, daß nicht allein durch körperliche Arbeit eine Blutverschiebung eintritt, sondern schon bei der Vorstellung der Ausführung einer Muskeltätigkeit dort der Vorgang der Blutdrucksteigerung ausgelöst wird.

Im Texte werden drei Beispiele hierfür angeführt.

Nach Horn sind bei Unfallneurosen nach Hirnerschütterung Anomalien des systolischen Blutdrucks zu beobachten.

In der wichtigsten Frage der Arbeit, ob bei epileptischen Hirnverletzten solchen ohne Epilepsie gegenüber eine konstante Blutdruckveränderung festzustellen sei, stehen die Autoren, die früher über dieses Problem gearbeitet haben, auf verschiedenem Standpunkte.

Goldstein sagt, daß eine Beziehung der Blutdruckhöhe zu einer bestimmten Lokalisation der Verletzung nicht festzustellen sei, ebensowenig eine Beziehung zu Symptomen, wie etwa zu denen der Epilepsie.

In Übereinstimmung mit diesem Urteil sagt Redlich, daß er an Hand seiner 57 Fälle von Epilepsie nach Schädelverletzungen eine bestimmte Blutdruckerhöhung oder sonstige Anomalien des Blutdrucks nicht habe feststellen können.

Ganz im Gegensatz zu diesen Anschauungen Goldsteins und Redlichs behauptet Poppelreuter, er habe durch längere Untersuchungen an 145 Hirnverletzten feststellen können, daß die Epileptiker unter diesen sich von den nichtepileptischen Hirnverletzten durch eine konstante geringe Blutdruckerhöhung auszeichneten, die nicht zu verwechseln sei mit der zur Zeit des epileptischen Anfalls oder kurz darnach auftretenden temporären Blutdruckerhöhung, die von mehreren Autoren erwähnt wird.

Die Lösung der Frage nach den pathologischen Grundlagen für diese Erscheinung der konstanten Blutdruckerhöhung stellt Poppelreuter der Zukunft anheim, da dazu noch weitere analytische Untersuchungen angestellt werden müßten.

Um die Frage, ob bei epileptischen Hirnverletzten solchen ohne Epilepsie gegenüber eine konstante Änderung des Blutdrucks tatsächlich besteht, zu beantworten, sind auch vom Verfasser im „Lazarett für kriegsverletzte Nervenkranke“ in Düsseldorf Blutdruckuntersuchungen angestellt worden, und zwar nach der bekannten Methode von Riva-Rocci mit der Modifikation der Armmanschette nach v. Recklinghausen. Als Material für seine Untersuchungen standen ihm 26 schädelverletzte Soldaten im Alter zwischen 20 und 30 Jahren zur Verfügung, die im oben genannten Lazarett beobachtet und behandelt wurden.

Komplikationen mit anderen Krankheiten waren, soweit klinisch möglich, ausgeschlossen.

An der Hand von 2 Tabellen kommt der Verfasser zu folgendem Ergebnis:

1. Der Blutdruck der Hirnverletzten nach der Methode von Riva-Rocci (Modifikation der Armmanschette nach v. Recklinghausen) gemessen, scheint gegenüber dem normalen Blutdruck eine gewisse dauernde Steigerung aufzuweisen.
2. Das Verhältnis des Blutdruckes epileptischer zum Blutdruck nichtepileptischer Hirnverletzter weist keine charakteristischen Merkmale auf.

   Insbesondere haben wir weder eine abnorme dauernde Höhe des Blutdrucks noch auch eine allmählich eintretende Steigerung des Blutdrucks der epileptischen Hirnverletzten nachweisen können.
3. Daraus ergibt sich, daß dem Verhalten des Blutdrucks für die Diagnose der Epilepsie bei Hirnverletzten anscheinend keine Bedeutung zugeschrieben werden kann.

4. Die Höhe des Blutdrucks zeigt keine Abhängigkeit von der Schwere der Epilepsie bei Hirnverletzten.
5. Die Blutdruck-Amplitude bei Hirnverletzten scheint keine Abweichung charakteristischer Art zu bieten: Auf körperliche Anstrengungen reagierten nur wenig Patienten mit einer stärkeren Erhöhung des Blutdrucks, und zwar trat eine Erhöhung hauptsächlich ein nach plötzlicher Inanspruchnahme. (10 Kniebeugen.)

Aus dem Pathologisch-anatomischen Institut (Prof. Dr. Dietrich).

Zur Histologie und Histogenese des Hirncholesteatoms.

Von

Rudolph Ramm aus Lüttringhausen.

Wie in bezug auf die Entstehung der Geschwülste im allgemeinen, so sind auch hinsichtlich der Genese des Hirncholesteatoms verschiedene Theorien aufgestellt worden, von denen die älteste von Remak aus dem Jahre 1854 stammt, der das Cholesteatom aus embryonal versprengten Epidermiskeimen entstanden dachte. Virchow bekämpfte diese Ansicht in seiner klassischen Schrift „Über die Perlgeschwülste", in der er hervorhob, daß diese Geschwulst aus Bindegewebszellen hervorginge. Klebs und andere leiteten sie von den pialen Endothelzellen ab, die durch weitgehende Metaplasie Epithelzellen ähnlich würden.

In Verfolgung der Remakschen Theorie wies dann Bostroem in einem Cholesteatom einen aus geschichtetem Plattenepithel bestehenden Wandbelag nach, in dem er typische Bestandteile der Epidermis, wie Stachel- und Riffzellen und Keratohyalin feststellte. Aus diesem Funde zog er den Schluß, daß das Cholesteatom aus Epidermiskeimen der Kopfregion entstände, die gelegentlich der sekundären Einschnürung der primären Hirnbläschen an die Hirnbasis gelangten.

Die Auffassung, das Cholesteatom entstände aus den Epithelhaufen des vorderen Hypophysenteiles, widerlegte er durch den Nachweis, daß daraus nur die Hypophysengangsgeschwülste hervorgehen, die nach neueren Untersuchungen in histologischer und topographischer Beziehung von den Cholesteatomen durchaus verschieden sind.

Der Bostroemschen Ansicht schloß sich die Mehrzahl der Cholesteatomforscher an, als Erdheim auf Grund von fünfzehn untersuchten Cholesteatomen die Richtigkeit der Bostroemschen Auffassung bestätigte.

Außer diesem primär entstandenen, echten Cholesteatom gibt es auch noch ein auf entzündlicher Basis entstandenes Cholesteatom des Ohres. Die Otologen nehmen an, daß dieses entzündlich hyperplastische Gebilde durch Lücken des Felsenbeins hindurch in die Gehirnregion gelangen und dort ein echtes Neoplasma vortäuschen kann.

Bei dem dieser Arbeit zugrunde liegenden Tumor mußte die entzündliche Genese abgelehnt werden, weil keine typischen Cholesteatomelemente (Plattenepithel und cholesteatomatöse Abschilfung) in den inneren Gehörorganen festzustellen waren.

Es handelt sich vielmehr um einen Tumor, der in bezug auf seinen Sitz im rechten Temporallappen, seine bindegewebige Hülle, seinen Inhalt und seinen charakteristischen Wandbelag aus Plattenepithel mit dem primären Cholesteatom, wie es Bostroem definiert hat, vollkommen identisch ist.

Aus dem Röntgen- und Lichtinstitut des Bürgerhospitals zu Köln
(Prof. Dr. Gräßner).

Chirurgische Tuberkulose und Strahlentherapie.

Von

Peter Kaiser aus Duisburg.

Die Arbeit gibt die Entwicklung und die heutige Technik der Strahlentherapie der chirurgischen Tuberkulose wieder. Im ersten Teil werden die Entwicklung und Technik der Heliotherapie und ihr Ersatz durch die künstliche Höhensonne besprochen. Es folgt eine Wiedergabe der Theorien, die sich mit der Wirkung der Strahlen auf den menschlichen Körper im allgemeinen und auf das tuberkulöse Gewebe im besondern befassen.

Der unter Sonnenbehandlung eintretende Heilungsvorgang ist mit großer Regelmäßigkeit folgender: Es setzt bald eine abudante Eiterung und Sekretion aus den Fisteln ein. Ödematöse Durchtränkungen des Gewebes schwinden. Die Schmerzhaftigkeit läßt bald nach. Die Temperatur ist zunächst noch erhöht. Nach einiger Zeit, bei dem einen früher, bei dem andern später, schwindet dann mit dem Nachlassen der Eiterung das Fieber. Aus den Fisteln entleert sich wenig seröses Sekret, das allmählich unter Verschluß der Wunde versiegt. Ebenso werden erweichte Drüsen, fungöse Granulationsmassen resorbiert und durch Bindegewebe ersetzt. Die besten Resultate bietet die geschlossene Tuberkulose. Aber auch bei durch Tuberkulose der Lungen komplizierten Fällen mit Karies, Fisteln, Sequestern kann bei entsprechender Dauer vollständige Heilung erzielt werden. Hand in Hand mit der Heilung des Lokalprozesses geht eine Besserung des Allgemeinzustandes. Bei Überdosierung können Kopfschmerzen, Abgeschlagenheit, Aufgeregtheit, Schlaflosigkeit, Fieber, Eiweiß im Urin auftreten.

Im zweiten Teil der Arbeit wird die Röntgentherapie besprochen. Die Wirkung der Röntgenstrahlen auf das tuberkulöse Gewebe besteht in der Hauptsache darin, daß die Epitheloidzellen zerfallen; es treten Fibroblasten auf, die das tuberkulöse Granulom vollständig durchwachsen und ersetzen. Eine direkte Beeinflussung des Bazillus erscheint nicht sehr wahrscheinlich. Indirekt werden die Bazillen vielleicht dadurch beeinflußt, daß bei dem Zerfall der Zellen Körper frei werden, die sie angreifen. Vielleicht wird ihnen auch durch Zerfall der Epitheloidzellen der Nährboden entzogen. Außerdem tritt günstige Beeinflussung des Allgemeinbefindens auf,

wiewohl nur lokal bestrahlt wird. Iselin redet geradezu von einer Entgiftung des Körpers.

Es folgt sodann eine Würdigung der Leistungen der Strahlentherapie bei den einzelnen Formen der Tuberkulose. Beim Lupus sind die Röntgenstrahlen angezeigt bei der hypertrophischen und ulzerierenden Form. Bei der Lymphadenitis tuberculosa stellen sie heute die Methode der Wahl dar. Bei den kurzen Knochen — Handwurzel, Fußwurzel, Metakarpen und Phalangen — leisten sie Hervorragendes; bei dicken Knochen ist ihre Wirkung nicht so eklatant; es werden zuviel Strahlen durch die über dem Herd befindliche Knochenschicht absorbiert. Bei der Gelenktuberkulose unterstützen sie die übrigen konservativen Methoden hervorragend. Glänzend sind die Erfolge bei der Sehnenscheidentuberkulose und Hygromen. Hervorragend sind die Leistungen bei allen Formen der Bauchfelltuberkulose mit Ausnahme der käsig-eitrigen, deren meist letaler Ausgang auch durch Röntgenstrahlen nicht zu hindern ist. Die Schleimhauttuberkulose reagiert gut. Die Kehlkopftuberkulose bietet keine ungünstigen Aussichten unter Röntgenbehandlung. Die Bekämpfung der Urogenitaltuberkulose ist neueren Datums; ihre Leistungen auf diesem Gebiete sind noch nicht spruchreif.

Im dritten Teil der Arbeit werden die mit Röntgenstrahlen in Kombination mit der künstlichen bzw. bei stationären Patienten natürlichen Sonne erzielten Erfolge im Röntgen- und Lichtinstitut des Bürgerhospitals zu Köln besprochen. Die Resultate entsprechen den in der Literatur gemachten Angaben. Besonders bemerkenswert ist ein Fall von Spondylitis mit Paraplegie, der unter Röntgenbehandlung, Höhensonne und Gipsbett ausheilte. Weiter verdient ein Fall Beachtung, der von Interesse ist für die Beantwortung der Frage, ob Röntgenstrahlen imstande sind, Wachstumsstörungen hervorzurufen. Es handelt sich um einen jetzt 7jährigen Jungen, der von Aug. 17 bis Juli 18 am linken Handgelenk wegen vorgeschrittener Tuberkulose 17 mal mit je 10 X bestrahlt wurde. Die Tuberkulose heilte völlig mit freier Beweglichkeit aus. Es ist heute jedoch eine Verschmälerung und Verschmächtigung der Handgelenksgegend um ca. 1 cm nachzuweisen. Ob diese Wachstumsstörung Folge der Röntgenstrahlen oder einer Schädigung der Epiphysenlinien durch die Toxine des benachbarten Krankheitsherdes ist, dürfte schwer zu entscheiden sein. Während weiterhin entsprechend dem Alter an der gesunden Hand erst 5 Karpalknochen sichtbar sind, weist das Röntgenogramm der kranken Hand sämtliche Karpalknochen auf. (Reizwirkung der Röntgenstrahlen.)

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß die Röntgenstrahlen heute bei der Behandlung der chirurgischen Tuberkulose eine Methode der Wahl ist, an der nicht mehr vorüberzugehen ist.

Aus der Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten
(Prof. Dr. Preysing).

Über das primäre Karzinom der Stirnhöhle.

Von

Karl Dunker aus Soest.

Noch im Jahre 1900 konnte Killian in seiner Abhandlung über die Krankheiten der Stirnhöhlen schreiben, daß ein primärer, von der Schleimhaut der Stirnhöhle ausgehender Krebs bisher nicht bekannt geworden sei. 3 Jahre später erfolgte die erste Mitteilung eines solchen Falles durch Bartha und Onodi. Von da an mehrten sich die beobachteten Fälle. Es liegen in der Literatur Mitteilungen von Iwanoff, Harmer und Glaß, Prawossoed, Hellat, Neumann, Wisotzki, Uchermann und Ruppanner vor. Zu diesen Fällen tritt eine Beobachtung, die in der Kölner Klinik (Prof. Dr. Preysing) gemacht wurde. Hier wurde der Tumor im Mai 1919 manifest. Durch die eingeleitete Therapie — Operation und Radiumbestrahlung — gelang es zwar, das Neoplasma zu beseitigen und ein Rezidiv zu verhüten, jedoch ließ sich ein letaler Ausgang nicht vermeiden, wie es bisher auch noch nirgends mitgeteilt worden ist, daß das Krankheitsbild einen guten Verlauf genommen hätte. Gründe hierfür sind in der Ausdehnung des Karzinoms, seinen Rezidiven, in Sekundärinfektion und dem allgemeinen körperlichen Zustand des Patienten zu suchen. Übergreifen auf das Schädelkavum und Rezidivierung des Tumors nach seiner operativen Entfernung führen unbedingt zum Exitus. Infektionserreger können besonders leicht nach Ausräumung der Siebbeinzellen Meningitis verursachen. Sieht man von diesen direkten Schädlichkeiten ab, so droht noch immer der Tod durch Marasmus.

Eine Frühdiagnose, durch die viele dieser Schädlichkeiten vermieden werden könnten, ist meist nicht möglich. Denn gewöhnlich sind die Beschwerden im Anfang überhaupt nicht oder nur in so geringem Maße vorhanden, daß sie gar nicht beachtet werden; andererseits wird das bestehende Karzinom meist durch ein Empyem verdeckt. Die Symptome, die die Möglichkeit eines solchen Tumors nahelegen, verdienen also größte Beachtung. Subjektiv kommen hier Schmerzen, Rakosmie oder Anosmie in Betracht, objektiv kann sich an der Nase Vorwölbung und Verbreiterung der Wurzel finden, Rhinitis mit Ansammlung von Eiter und Zerfallsmassen und Polypenbildung mit starker Blutung. Am Sehapparat zeigen sich Vorwölbung

am inneren oberen Rande, Verschiebung des Bulbus nach vorn, außen und unten, Einschränkung der Bewegung im selben Sinne, Doppelbilder, Exophthalmus und bei sekundärer Infektion Periorbititis, epi- und periorbitale Abszesse, orbitale Abszesse mit und ohne Schwellung der Lider, Verengerung der Lidspalte, Einengung des Gesichtsfeldes bis zur Amaurose und Stauung oder Verschleierung der Papille. Durchbruch durch Siebbeinzellen und Keilbeinhöhle bedrohen die Nn. II, III, IV, V und VI. Durchbruch durch die vordere Stirnwand oder Spaltung eines vermeintlichen Abszesses legt den Tumor frei zutage.

Histologisch handelt es sich meist um ein Plattenepithelkrebs mit oder ohne Verhornung. In dem hier beobachteten Falle handelte es sich um ein nicht verhornendes Plattenepithelkarzinom mit Andeutung eines papillomatösen Baues vom Typus eines Basalzellenkrebses.

Ätiologisch scheint das Empyem der Stirnhöhle eine große Rolle zu spielen. Es ist jedoch anzunehmen, daß sowohl das eine wie das andere das Primäre sein kann. Im allgemeinen ist die Ätiologie mit der der anderen malignen Tumoren zu identifizieren.

Aus der Medizinischen Klinik der Akademie für praktische Medizin zu Düsseldorf (Geheimrat Prof. Dr. Hoffmann).

Über Verhalten von Puls und Temperaturkurve bei Typhus abdominalis.

Von

Heinrich Kahlen aus Aachen.

Relative Verlangsamung des Pulses und kontinuierliches Fieber gelten als charakteristische Erscheinung in den Kurvenblättern der Typhuskranken. Beide Punkte, besonders aber die verhältnismäßig niedrige Pulslage sollten einer eingehenden Prüfung unterzogen werden, zumal da zahlenmäßige Untersuchungen über das Vorkommen der relativen Verlangsamung des Pulses in der Literatur nicht zu finden waren. Von Griesinger wird das erwähnte Verhalten des Pulses nur für einzelne Fälle beschrieben und ihm kein größerer diagnostischer Wert zugewiesen; in den neueren Abhandlungen von Curschmann und Liebermeister sowie Schottmüller ist für männliche Patienten bis zum 40. Lebensjahr diese Pulsverlangsamung als ziemlich regelmäßige Erscheinung bezeichnet worden, weibliche Patienten und Kinder sollen das Pulsverhalten im allgemeinen nicht teilen. Unter 182 komplikationsfreien Typhusfällen, 100 Frauen und 82 Männern, wurde im ganzen bei 55 Proz. der Männer und nur 15 Proz. der Frauen die Pulsverlangsamung gefunden, auf sämtliche Fälle berechnet fand sie sich in 33 Proz. aller Fälle. Zu erwähnen ist, daß unter den als relative Bradykardie in Rechnung gestellten Fällen die Männer im Durchschnitt noch eine niedrigere Pulslage aufwiesen. So überschritt die Pulslage der Männer in 25 Proz. der Fälle, die der Frauen nur in 4 Proz. nicht die Frequenz 96; Patienten in mittleren Lebensjahren hatten den größten Anteil an diesen Prozentsätzen. Eine relative Pulsverlangsamung fand sich aber auch schon bei 12jähr. Kindern und wurde ebenso noch bei 55 Jahre alten Patienten gefunden. Als Ursache für das Pulsverhalten wird eine Toxinwirkung angenommen, nach Krehl eine verschieden große Erregbarkeit der Reizbildungsstellen des Herzens. Das Ausbleiben der Verlangsamung in vielen Fällen erklärt sich vielleicht durch die größere Labilität des Pulses in einigen Fällen, in anderen durch die schnelle Gewöhnung an die pulsverlangsamenden Einflüsse des Typhusgiftes. Mit einer Beschleunigung des Pulses in der Fieberzeit war kein Hinweis auf eine in der Rekonvaleszenz einsetzende myo-

karditische Tachykardie gegeben. Rezidive zeigten auch relative Bradykardie; ein Unterschied des Vorkommens für die einzelnen Epidemien war nicht festzustellen. Prognostisch war die relativ niedrige Pulslage für die beobachteten Fälle ein günstiges Zeichen. Postfebrile myokarditische Pulsbeschleunigungen kamen bei weiblichen Patienten doppelt so häufig vor wie bei Männern. Die Fieberkurve ließ in der Hälfte der Fälle die für Typhus typische kontinuierliche Form vermissen; in diesen Fällen ist die Annahme einer septischen Erkrankung oder einer Miliartuberkulose sehr verführerisch. Aber auch in den Fällen mit ausgesprochener Continua ist daran zu denken, daß Pneumokokken und Staphylokokkensepsis eine Continua aufweisen können.

Aus dem Pathologischen Institut (Prof. Dr. A. Dietrich).

Über Tuberkulose des Keilbeins mit Beziehungen zur Hypophyse.

Von

Heinrich Kurzak aus Löwenberg.

Von vielen früher ätiologisch so dunklen retrobulbären Sehnervenerkrankungen wissen wir jetzt, daß sie dadurch bedingt sein können, daß der Nervus opticus einmal durch eine Erkrankung der Keilbein- bzw. der oberen Siebbeinzellen, dann aber auch durch einen Tumor der Hypophyse oder ihrer nächsten Umgebung in Mitleidenschaft gezogen wird. In Vorliegendem handelt es sich um einen solchen Fall von retrobulbärer Sehnervenschädigung mit unklarer Ätiologie, der sowohl klinisch als auch pathologisch-anatomisch viel Interessantes bot.

Bei einem 20jährigen Manne, der über Kiefer- und Kopfschmerzen klagt, tritt unter den mannigfaltigsten objektiven und subjektiven Augensymptomen — erwähnt sei besonders Doppeltsehen — auf dem einen Auge eine fast vollkommene Amaurosis, auf dem anderen eine hochgradige Verschlechterung der Sehkraft ein. Auf dem linken Auge besteht eine temporale Abblassung, auf dem rechten zeigt sich eine geringe Gesichtsfeldeinschränkung unten. Die Diagnose der Augenklinik (Dir. Prof. Proebsting) lautet: „Retrobulbäre Sehnervenkompression.“ Zur Nasenklinik (Dir. Prof. Preysing) verlegt, werden auf die Diagnose „Keilbeinhöhlenempyem“ hin beide Keilbeinhöhlen eröffnet und eitriges Sekret daraus entleert. Die Operation bringt Nachlassen der Schmerzen, dann tritt eine zunehmende Verschlechterung ein und wenige Tage nach der Operation kommt der Kranke ad exitum. Als Todesursache nimmt die Klinik Sepsis an.

Die Obduktion (Obduzent Dr. Heudörfer) und die anschließende histologische Untersuchung ergeben eine tuberkulöse Erkrankung der Keilbeinhöhle, und zwar sowohl der Schleimhaut wie des Knochens. Eine das Keilbeinhöhlendach perforierende Wucherung, die ca. 2,3 cm lang und 0,5 cm breit ist, komprimiert das Stirnhirn und nimmt das Chiasma völlig in sich auf. Das Korpus des Os sphenoidale ist von tuberkulösem Granulationsgewebe durchsetzt, das an 2 Stellen in die Hypophysis einbricht. Die Meningen sind von der tuberkulösen Erkrankung frei geblieben. Tuberkelbazillen werden nicht gefunden. Jedoch steht der tuberkulöse Charakter des pathologischen Gewebes durch den Befund an typischen Tuberkeln und Riesenzellen außer Frage.

Es werden darnach drei Fälle von tuberkulöser Erkrankung des Keilbeins mit dem vorliegenden in Vergleich gestellt. Alle stimmen bezüglich des Alters mit den bis jetzt gemachten Erfahrungen bei

Schädeltuberkulose überein, wonach diese hauptsächlich in den ersten drei Jahrzehnten vorkommt. Es handelt sich immer um mehr oder weniger zahl- und umfangreiche tuberkulöse Herde in anderen Organen des Körpers. Die Veränderungen am Keilbein sind stets hochgradiger Natur und zeichnen sich durch ihr tumorartiges Wachstumsbestreben und ihre Perforationstendenz aus. Die Infektion erfolgte dreimal auf dem Blutwege, einmal ist die Art der Infektion ungeklärt. Die Meningen waren nur einmal tuberkulös erkrankt. Klinisch scheinen von einer gewissen Regelmäßigkeit nur die Augensymptome zu sein, die sich durch die mehr oder weniger plötzlich eintretende Amaurosis auszeichnen. Meist ist Sehnervenatrophie nachweisbar.

Aus der Literatur über Tuberkulose der Hypophyse lassen sich zwei von Sommer und Heidkamp beschriebene Fälle mit dem vorliegenden zu einem besonderen Kapitel „Tuberkulöse Erkrankung des Hirnanhanges infolge Übergreifens tuberkulöser Prozesse von der Schädelbasis bzw. dem Keilbein" zusammenschließen. Die Hypophysenveränderungen sind mehr oder weniger hochgradig; sie treten aber immer gegenüber denjenigen am Os sphenoidale zurück. Auffallend ist das späte Ergriffenwerden der Hypophyse von dem krankhaften Prozeß der nächsten Umgebung. Der Grund hierfür liegt wohl darin, daß die der Dura entstammende bindegewebige Kapsel einen außerordentlich guten Schutz für die Hypophyse darstellt.

Am häufigsten ist metastatische Tuberkulose in Form miliarer Knötchen in der Hypophyse (Schmidtmann), während Übergreifen von tuberkulöser Meningitis selten ist. Doch auch großknotige Tuberkulose ist bekannt.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß die tuberkulöse Erkrankung der Hypophyse nicht so selten ist, wie es vor wenigen Jahren noch den Anschein hatte. Systematische Untersuchungen dürften die Zahl der bis jetzt in der Literatur bekannten 26 Fälle, die sich durch den hier vorliegenden auf 27 erhöht, bald um ein nicht Geringes vermehren. Die Erkrankung kann auf dem Blutwege wie auch durch Kontaktinfektion vom Knochen und den Meningen aus erfolgen. Der erste Weg ist der häufigste. Die Meningen werden von der zuerst erkrankten Drüse nur sehr selten affiziert. Eine Organimmunität gegenüber dem tuberkulösen Virus besteht nicht. Dagegen bildet die der Dura entstammende bindegewebige Kapsel, in der die Glandula eingeschlossen liegt, einen natürlichen Schutz. Klinische Erscheinungen von besonders typischem Charakter zeigen sich nicht. Wir werden aber in Fällen, in denen die für Hypophysistumor charakteristischen Augensymptome vorliegen, ohne daß sich akromegalische Zustände zeigen, an eine tuberkulöse Erkrankung der Hypophyse oder ihrer nächsten Umgebung denken müssen.

Aus der Medizinischen Klinik der Akademie für praktische Medizin zu Düsseldorf (Geheimrat Prof. Dr. Hoffmann).

Differentialdiagnose zwischen der Grippepneumonie und der pulmonalen Form der Miliartuberkulose.

Von

Fritz Cohen aus Isselburg.

An 13 Fällen, von denen 9 der Grippepneumonie und 4 der pulmonalen Form der Miliartuberkulose angehören, wird nachgewiesen, daß viele Punkte beiden Krankheitsformen gemeinsam sind, sich aber genügend Anhaltspunkte ergeben, um auch in schwierigen Fällen die Differentialdiagnose stellen zu können. Man sieht, daß das wichtigste Hilfsmittel, der Nachweis der spezifischen Erreger, in keinem der Fälle gelungen ist, das ätiologische Moment uns also im Stich läßt. Ebenso ist der Pirquet negativ.

Das Herz und das Gefäßsystem geben uns keine Fingerzeige. Der Puls ist in beiden Fällen klein, weich, stark beschleunigt. Bei der Miliartuberkulose läßt sich eine Leukopenie nachweisen, während die Grippepneumonie zu einer Leukozytose zu neigen scheint.

Über den Lungen findet man bei beiden Formen Dämpfung, Knistern, katarrhalische Geräusche und Bronchialatmen. Das Bronchialatmen wird häufiger bei der Grippepneumonie beobachtet. Beiden Formen gemeinsam ist die ausgesprochene Zyanose und die beschleunigte Atmung. Husten kommt bei beiden Formen in gleichem Maße vor. Aus dem Sputum lassen sich keine wichtigen Schlüsse ziehen.

Im Harn findet man bei beiden Formen Eiweiß, Leukozyten, Epithelien. Bei der Grippepneumonie werden granulierte und hyaline Zylinder erwähnt, zuweilen auch Erythrozyten. Die Diazoreaktion kann bei beiden Formen positiv sein.

Das Nervensystem wird in beiden Fällen in Mitleidenschaft gezogen, was sich in Benommenheit, Delirien und zuweilen Pupillenstarre und leichter Nackensteifigkeit äußert.

Die wichtigsten Punkte sind folgende:

Mittels der Röntgenstrahlen läßt sich im Röntgenbild eine feine, diffuse Marmorierung der Lungenfelder bei der Miliartuberkulose nachweisen, während die Verschattungen bei der Grippepneumonie gröber, mindestens erbsengroß sind. Dieser Befund ist eindeutig.

Ebenso ist die Diagnose gegeben, wenn ich Chlorioidaltuberkel im Augenhintergrund ermittle, was in den meisten Fällen möglich ist.

Findet man andererseits Tuberkelbazillen, was nach dem oben Gesagten bei uns nicht möglich war, so läßt sich im Verein mit dem ganzen Krankheitsbild die Diagnose auf Miliartuberkulose ebenfalls stellen.

Mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit kann man an Miliartuberkulose denken, wenn irgend ein tuberkulöser Primärherd, z. B. in der Lunge, entdeckt wird, obgleich damit noch nicht gesagt ist, daß nun auch wirklich von diesem Herd ein Einbruch in die Blutbahn, bzw. die Bronchien, erfolgt ist.

Aus der Universitäts-Augenklinik (Prof. Dr. Pröbsting).

Ein Fall von Exophthalmus pulsans traumaticus mit Spontanheilung.

Von

Walther Athmann aus Damme.

Für den Symptomenkomplex des Exophth. puls., den 1809 zuerst Travers, wenn auch unter anderem Namen beschrieb, wurde die deutsche Ophthalmologie besonders interessiert durch die Monographie Sattlers im Jahre 1880.

Wie aus einer Anzahl Sektionen hervorgeht, wird der Exophth. puls. meistens durch eine Ruptur der Carotis int. im Sinus cavern. hervorgerufen. Doch sind auch andere Ursachen gefunden worden, wie Aneurysmen der Carotis und der Ophthalmika und blutreiche Tumoren (vor allem Angiome, Angiosarkome).

Wir können mit Golowin einen Exophth. traumat., idiopath. und den durch Tumoren bedingten, auch Pseudoexophthalmus genannt, unterscheiden.

Daß es bei Schädelbasisbrüchen und auch spontan (bei Husten, Pressen, vor allem in der Schwangerschaft) nicht so ganz selten zur Kommunikation der Carotis mit dem Sinus kommt, hängt mit ihren eigentümlichen anatomischen Verhältnissen und ihrer Neigung zu Wandveränderungen zusammen. Die klinischen Erscheinungen sind durch die anatomischen Beziehungen des Sinus und das Auftreten der Stauung bei dem Einströmen des arteriellen Blutes in ihn und in die Orbitalvenen bedingt und können graduell sehr verschieden sein.

Exophthalmus, dem Herzspitzenstoß synchrone Pulsationen und Geräusche, die durch Karotiskompression beeinflußbar sind, sichern die Diagnose. Doch brauchen diese Erscheinungen nicht immer so ausgeprägt zu sein. Unbedingt sicher lassen sich die übrigen erwähnten Ursachen, die ähnliche Erscheinungen hervorrufen können, nicht ausschließen. Doch sind zahlreiche Merkmale besonders von Sattler angegeben worden, vor allem für die prognostisch und therapeutisch wichtige Erkennung des Pseudoexophth. puls. Quoad vitam prognostisch günstig, läßt der Exophth. puls. sich auch durch die Therapie sehr oft günstig beeinflussen. Wenn wir die zahlreichen, kaum mehr angewandten Behandlungsmethoden übergehen, kommen, neben der manchmal Erfolge zeitigenden intermittierenden Karotiskompression, vor allem die Unterbindung der gleichseitigen

Karotis com. und die orbitale Resektion der Vena ophthalm. und ihre Kombination in Frage. Über ihre Gefahren und Erfolge berichten Siegrist, Ginsburg u. a. Günstiges wird auch über Injektionen von Gelatineserum nach Lanceraux und Paulesko, besonders bei idiopathischen Fällen, berichtet.

Als Seltenheit finden wir die Spontanheilung. Von den 338 veröffentlichten Fällen von Exophth. puls. haben sich 18 ohne jede Therapie oder unter einer als belanglos anzusehenden Behandlung sozusagen völlig zurückgebildet. Das relativ häufigere Vorkommen bei idiopathischen Fällen wäre durch das Auftreten der Thrombose günstiger Momente, wie Wandveränderung und Stromverlangsamung (Alter und Marasmus) zu erklären. Die Heilung schließt sich oft an eine anscheinende Verschlimmerung des Leidens an, eine Erscheinung, die zweifellos auf eine Thrombose im Sinus und den Orbitalvenen zurückzuführen ist. Dadurch kommt es dann zum Verschluß der Carotis und zur langsamen Rückbildung ihrer Folgen. Bei Elschnigs Patienten trat die Naturheilung bereits nach $2^1/_2$ Monaten ein, bei Frosts Kranken erst 41 Jahre nach dem Trauma.

Über einen derartigen Fall von Spontanheilung, wo sich der Exophth. puls. einige Zeit nach einem Schädelbasisbruch entwickelte, konnte ich berichten. Es fanden sich sicht- und fühlbare Pulsationen des protrudierten r. Bulbus mit subjektiven und objektiven Geräuschen, auch in der Schläfengegend, erweiterte und geschlängelte Konjunktivalvenen, Krampfaderbildung auf der Stirn, auf Licht nicht reagierende Pupille, geringe Beweglichkeitsbeschränkung nach außen. Die an dem sonst normalen Hintergrunde sichtbaren klumpigen Pigmentanhäufungen der Aderhaut stehen wohl, da sie doppelseitig sind, nicht mit dem Exophth. puls. in Zusammenhang. Sattelnase, Septumdefekt, Ozaena, die auf Taboparalyse hinweisende Erkrankung des Ehemanns, lassen auch bei dem Mangel an sonstigen Anhaltspunkten an eine Lues denken. Die vollständige Heilung des Exophth. puls. ohne jede Therapie wurde ungefähr 6 Jahre nach dem Trauma festgestellt. $3^1/_2$ Jahre vorher war die Rückbildung nach Angabe des P. allmählich eingetreten, nachdem heftige Schmerzen und stärkeres Vortreten des Auges vorangegangen waren.

Verschlußbildung im Bereich des Zervikalkanals bei einer Schwangerschafts-Eklampsie.

Von

Hildegard Meister aus Köln.

Die Arbeit behandelt eine 30jährige Erstgebärende mit Verschlußbildung im Bereich des Zervikalkanals. — Die Frau wurde wegen Schwangerschafts-Eklampsie durch den extraperitonealen Kaiserschnitt entbunden. — Dieser Fall war insofern einzigartig, weil die Verschlußbildung keine Geburtskomplikation darstellte, sondern den normalen Wochenbettsverlauf änderte. — Da nämlich die Lochien nicht durch die Scheide abgingen und Dehnungsversuche der Zervix erfolglos waren, mußte die Uterusbauchwunde wieder eröffnet werden, um auf diesem Wege den Lochien Abfluß zu verschaffen. — Da während der ganzen Zeit des Wochenbettes keine Sekrete durch die Scheide abgegangen waren, mußte man annehmen, daß sich später eine Hämatometra bilden würde. — Doch zeigte das Wiedereintreten der Periode nach zwei Monaten, daß sich der Verschluß der Zervix spontan gelöst hatte. — Daher wird der Verschluß als Conglutinatio = leicht lösbare Verklebung angesehen. — An Hand der Literaturbeispiele werden die verschiedenen Formen der Konglutination besprochen und der Fall derjenigen durch eingedickten Zervixschleim zugerechnet. — Begünstigend für das Zustandekommen ist die Enge und Rigidität der Weichteile, wie sie sich stets bei älteren Erstgebärenden findet. — Zum Schluß wird die Prognose besprochen, die sich in diesem Fall durch die Ausführung des extraperitonealen Kaiserschnittes in verschiedener Hinsicht als besonders günstig erwies. Die Möglichkeit einer späteren Peritonitis wurde vermieden und es bildeten sich keine lästigen Adhäsionen in der Bauchhöhle, die für die spätere Funktion unangenehm werden konnten.

Aus der Medizinischen Klinik der Akademie für praktische Medizin in Düsseldorf (Geheimrat Prof. Dr. Hoffmann).

Die Frage der Therapie und Immunität bei der letzten Grippe-Epidemie von Januar bis April 1920.

Von

Karl Neuhaus aus Köln.

In der Einleitung wird berichtet, daß in den Epidemien des Jahres 1918 und 1919 eine Lösung der Frage der Immunität, Ätiologie und Therapie nicht erzielt werden konnte.

I. Die Ätiologie des Influenzabazillus, die schon vor der Epidemie im Jahre 1914 von Kruse angezweifelt worden war, konnte auch in dieser Epidemie nicht nachgewiesen werden. Es gelang nämlich selten, den Pfeifferschen Bazillus bei den Erkrankten nachzuweisen. Eine Reihe von Autoren vertreten die Ansicht, daß die Influenza durch einen Erreger aus der Gruppe der filtrierbaren und unsichtbaren Virus hervorgerufen wird. Zur Stützung dieser Theorie werden die Tierversuche von Fejes aus Budapest angeführt, zur Verteidigung der Ätiologie des Influenzabazillus die Arbeiten von Leichtentritt und Löwenhardt.

II. Für die Therapie waren bestimmte Richtlinien durch die Erfahrung geschaffen, daß für die Komplikationen vor allem Streptokokken und Pneumokokken von ursächlicher Bedeutung waren. Es gelang jedoch nicht, ein Mittel zu finden, das sich allgemeine Anerkennung verschaffen konnte.

III. Es war schon die Erwerbung einer Immunität in den 90er Jahren von Bäumler behauptet worden. Eine Prüfung dieser Frage während der Epidemien der Jahre 1918 und 1919 hatte zur Bestärkung dieser Ansicht geführt.

Im Hauptteil berichtet Verfasser über die Beobachtung, die über diese Fragen während der Epidemie von Januar bis April 1920 hier gemacht werden konnten.

I. Die Frage der Immunität erfuhr dadurch eine weitere Klärung, daß hier in der Anamnese jedesmal genau nachgeforscht worden war, ob der Erkrankte schon vorher eine Grippe gehabt hatte. Von 95 Fällen waren 14 vorher noch nicht erkrankt gewesen.

II. Die bakteriologischen Befunde, die nur 5 mal Influenzabazillen ergaben, waren weiter dazu geeignet, die Ätiologie des Pfeifferschen Bazillus in Frage zu stellen.

III. In der Frage der Therapie konnte kein Fortschritt erzielt werden. Auch diesmal fand sich wieder, daß in den schwersten Fällen alle Therapie versagte. Verfasser greift dann geeignete Fälle heraus, die für eine therapeutische Beeinflußbarkeit des Krankheitsprozesses auch in schweren Fällen zu sprechen scheinen. Doch wird zum Schluß darauf hingewiesen, daß diese Fälle nicht geeignet waren, die therapeutische Wirksamkeit irgendwelcher Mittel zu beweisen.

Aus der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten
(Prof. Dr. Zinsser).

Einige Fälle von Gewerbeschädigungen der Haut.

Von

Hans Holler aus Cleve.

Die Stärke der bei der werktätigen Berufsarbeit häufigen Schädigungen der Haut hängt ab von der Widerstandsfähigkeit der Haut, von der Art und Dauer des schädlichen Einflusses und von seiner Intensität. In der großen Mehrzahl der Fälle greift die Schädlichkeit die Haut von außen her an, so daß im allgemeinen die Pathologie der gewerblichen Dermatosen und die der artifiziellen Hauterkrankungen identisch sind. Die Krankheitserscheinungen derartiger Erkrankungen sind sehr mannigfaltig, wobei das Ekzem zahlenmäßig den anderen Formen wie Verfärbungen, Hyperpigmentierungen, Geschwüren, Abszessen, Frostbeulen, Verbrennungen usw. weit überlegen ist. Die meistens bald nach der primären Hautschädigung eintretende Sekundärinfektion mit pathogenen Mikroorganismen verwischt oft das ursprüngliche Krankheitsbild oder lenkt es in andere Bahnen, so daß die Unterscheidung eines Gewerbeekzems von einem Ekzem bei Menschen, deren Haut weder beruflich, noch sonst nachweisbar irgendwelchen schädlichen Einflüssen ausgesetzt ist, schwierig wird. In der Kölner Hautklinik kamen in der letzten Zeit mehrere lehrreiche Fälle zur Beobachtung.

Ein Steindrucker, der schon 35 Jahre in seinem Beruf arbeitete und bis dahin immer gesund gewesen war, erkrankte mit einer zuerst an den Handrücken und Unterarmen, später auch im Gesicht lokalisierten Knötchen- und Schuppenbildung, die späterhin näßte und mit starkem Juckreiz einherging. Nach langwieriger Behandlung und Rückkehr in den alten Beruf lebte die Erkrankung schon nach 3 Tagen wieder auf, so daß erneute Aufnahme in die Klinik notwendig wurde. Nach der nochmaligen Beruhigung der Haut war der Mann nicht mehr als Steindrucker tätig, sondern war mit Schreibarbeiten beschäftigt, in dem früheren Arbeitsraum. Trotzdem trat die Erkrankung sogar in schlimmerem Grade und in größerer Ausdehnung von neuem wieder auf. Die Anamnese, die Erscheinungsform und der zeitliche Ablauf charakterisierten die Erkrankung als eine gewerbliche, die hervorgerufen sein konnte durch Benzol, Terpentin-Ersatz, staubfein verriebenen Harz, Farben oder Öl, mit all welchen Substanzen der Kranke bei seiner Arbeit in Be-

rührung kam. Die Verunreinigung der Luft in dem Raum mit einer oder mehreren dieser Substanzen gab dann wohl die Veranlassung zu dem Wiederaufleben der Erkrankung auch nach dem Wechsel in der Tätigkeit. Nach der heutigen Auffassung ist die Frage, ob die gewerblichen Schädigungen, die ein Ekzem hervorrufen, dessen einziger ätiologischer Faktor sein können, zu verneinen. Eine bestimmte Angabe nach Art und Ursprung der unterstützenden Faktoren läßt sich jedoch nicht geben. Ekzematöse Diathese und Annahme eines parasitären Ursprungs sind die meist vertretenen Ansichten. Zur Erklärung der Tendenz der Ekzemherde zum Fortkriechen und Überspringen auf entfernte Hautpartien bedürfen wir der Annahme der Mitwirkung von Mikroorganismen.

In dem zweiten Fall handelt es sich um eine artifiziell hervorgerufene Akne, die sich so erklären ließ: Der Kranke hatte in seinem Beruf heiße Tiegel zu tragen, deren Außenfläche mit einer Teerölschicht überzogen war. Er umspannte die Tiegel mit den Armen und preßte sie an die Brust. Durch in die Talgdrüsen eingeriebenes Öl wurden deren Öffnungen verstopft; es kam zur Bildung von Komedonen. Die Teersubstanzen des Öles müssen auch eine reizende Wirkung auf die Talgdrüsen ausgeübt haben, denn es wurden Infiltrate bis zu Bohnengröße beobachtet. Schließlich trat auch noch eine Sekundärinfektion hinzu, die unter Abszeßbildung das Krankheitsbild vervollständigte. Ihrer bedürfen wir zur Erklärung dessen, daß die Krankheit trotz der Behandlung, vor allem der gründlichen Entfernung des Öls, zuerst noch weiter fortschritt. Die Hautschädigungen durch Teer und Pech hat Ehrmann als „Pechhaut" zusammengefaßt mit der Trias von Symptomen: Pechbräunung der Haut, Pechkomedonenbildung und Auftreten von hyperkeratotischen Bildungen an den exponierten Stellen. Diese drei Faktoren machen auch das Bild der „Schmierölhaut" aus.

Der dritte und vierte Fall zeigen das Auftreten streng lokalisierter Melanose einmal der Gesichts- und im zweiten Falle der Kopfhaut durch gewerbliche Schädigungen, die sich eben durch ihre Lokalisation unterscheiden von allgemeiner Melanose der Haut bei der Pech- oder Schmierölhaut. Es handelt sich um einen Zeitungsexpedienten, der viel mit ganz frischen Zeitungen zu tun hatte, deren Schrift noch abfärbte, und um einen Dreher mit einer Follikulitis capillitii und diffuser schwarzbrauner Verfärbung der ganzen behaarten Kopfhaut. In der Literatur finden sich einige Fälle, denen die hier geschilderten nahestehen. Neben der äußeren Einwirkung der Noxe muß man an eine Einatmungsintoxikation denken, die durch Licht- und Wärmestrahlen begünstigt werden dürfte, wie Meirowskys Beobachtungen an Heizern ergaben. Diese letztere Beobachtung wird besonders gestützt durch unseren zweiten Fall, da der Kranke wegen seines schlecht erhellten Arbeitsplatzes täg-

lich mehrere, im Winter bis zu 6 Stunden bei künstlicher Beleuchtung einer dicht über seinem Kopf angebrachten elektrischen Lampe arbeitete.

Bei dem fünften Fall handelt es sich um eine akute, scharf abgesetzt reifenförmig um Stirn und Hinterhaupt lokalisierte Dermatitis, hervorgerufen durch das Schweißleder eines Hutes. Hier hat der Farbstoff des braungefärbten Bandes oder das Klebemittel, mit dem die zwei Schichten des Leder-Ersatzes, ein grob- und ein engmaschiges Gewebe, zusammengehalten wurden, die Schädigung der Haut bedingt, denn ein um den Arm geheftetes Stück des gleichen Stoffes rief auch dort eine akute Dermatitis hervor.

Aus der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten der Universität Köln (Prof. Dr. Zinsser).

Über die kombinierte Pyrogallol-Röntgentherapie des Lupus vulgaris.

Von

Karl Kerßenboom aus Neuß.

Eine hervorragende Rolle unter den chemischen Vorbereitungsmitteln für die Röntgenbehandlung spielt das Resorzin. Das Verdienst der Ausbildung der Resorzin-Röntgentherapie gebührt Ehrmann. Das Resorzin hat erstens den Zweck, durch seine entzündungserregende Eigenschaft das krankhafte Gewebe für die Einwirkung der Röntgenstrahlen empfänglicher zu machen. Seine besondere Bedeutung liegt in seiner elektiven Wirkungsweise, indem es das kranke Gewebe zerstört und das gesunde Gewebe leidlich gut schont. Schließlich ist das Resorzin noch imstande, durch die Erhaltung eines chronischen Reizzustandes unter Hyperämie des angrenzenden gesunden Gewebes die Bildung guter Granulationen anzuregen.

Dem Resorzin in seinen Wirkungen nahe verwandt, jedoch noch überlegen ist das Pyrogallol. Das Pyrogallol wurde von Jarisch zuerst in die Therapie eingeführt. Um die Durchführung einer systematischen Bekämpfung des Lupus mittels des Pyrogallols hat sich Veiel die größten Verdienste erworben. Die Dissertation gibt anschließend die Einzelheiten der Veielschen Technik der Pyrogallolbehandlung des Lupus vulgaris wieder. Für die Behandlung des Nasenschleimhautlupus mit Pyrogallol hat Wittmaak ein besonderes Verfahren angegeben.

Wenn auch die Pyrogallolbehandlung als selbständige Methode, d. h. ohne Zuhilfenahme eines Hilfsverfahrens geeignet ist, den Lupus unter Erzielung kosmetisch zufriedenstellender Narben vollkommen zur Ausheilung zu bringen, so hat sich aber doch herausgestellt, daß die Kombinierung der Pyrogallolbehandlung mit anderen Lupusbehandlungsmethoden zweckmäßiger ist.

So hat man denn das Pyrogallol auf Grund seiner elektiven Wirkungsweise und seiner Fähigkeit, zarte Narben zu bilden, als Vorbehandlungsmittel für die Finsentherapie herangezogen. Eine besonders glückliche Zusammenstellung bildet die Kombination des Pyrogallolverfahrens mit der Röntgenbehandlung, weil ihre Wirkungen Gemeinsames

haben und beide Methoden gewissermaßen Hand in Hand arbeiten. In gleicher Weise wie das Resorzin ist auch das Pyrogallol vermöge seiner entzündungserregenden Eigenschaft ein hervorragendes Mittel, um das lupöse Gewebe für die Einwirkung der Röntgenstrahlen empfänglicher zu machen (Sensibilisierung). Dem Pyrogallol und den Röntgenstrahlen gemeinsam ist ihre elektive Wirkungsweise, d. h. die Vernichtung des schadhaften Gewebes unter möglichster Schonung des gesunden, regenerationsfähigen Gewebes. Schließlich muß noch erwähnt werden, daß das Pyrogallol imstande ist, unter Erhaltung eines gewissen Reizzustandes die Bildung guter Granulationen anzuregen. Was die Narben anbelangt, die aus dem kombinierten Pyrogallol-Röntgenverfahren hervorgehen, so sind sie bei sachgemäßer Ausführung der Kur durchaus zufriedenstellend; sie sind flach, zart, geschmeidig, blaß, frei von Pigment und Teleangiektasien.

Die Ausführung der kombinierten Pyrogallol-Röntgenkur geschieht unter Applikation einer 10proz. Pyrogallolvaseline, die etwa am 10. Tage durch eine 1proz. Salbe ersetzt wird. Am 5. Tage und 10. Tage der Behandlung erfolgt eine Röntgenbestrahlung mit der Dosis 10× bei $^1/_2$ mm Filter. Bei schweren Fällen, welche die Röntgenbestrahlung gut vertragen, kann etwa 8—10 Tage nach der zweiten Bestrahlung noch eine dritte Bestrahlung mit der gleichen Dosis 10× bei $^1/_2$ mm Filter verabfolgt werden. Der Hauptzweck der dritten Bestrahlung ist die nachträgliche deletäre Beeinflussung von vereinzelten in der Tiefe verborgenen, unbeeinflußt gebliebenen Infiltraten nach Abstoßung der oberen Schicht. Es scheint, daß man sich auf diese Weise eher vor der Überraschung eines Frührezidivs sichern kann. Anderseits hat sich in einer Reihe von Fällen gezeigt, daß sich die Epithelialisierung der Wundfläche nach der dritten Bestrahlung länger hinausschiebt und daß es hin und wieder zu geringen Teleangiektasien im Narbengewebe kommen kann, was aber bei der Schwere der Fälle nicht so schlimm ist.

Behandelt wurden in der hiesigen Klinik seit Ende 1918 mit dem Pyrogallol-Röntgenverfahren insgesamt 103 Lupusfälle. Davon konnten zur Nachuntersuchung nach hier bestellt werden nur 75 Fälle. Der Aufforderung zur Nachuntersuchung kamen nach: 42 Fälle. Von letzteren konnten als geheilt betrachtet werden: 37 Fälle.

Unter den nachuntersuchten 37 nachweislich geheilten Fällen befinden sich: 9 schwere, 14 mittelschwere, 12 leichtere Fälle.

Ohne Rezidiv sind seit 2—4 Monaten 9 Fälle, seit 5 Monaten 3 Fälle, seit ca. 6 Monaten 3 Fälle, seit ca. 7—9 Monaten 14 Fälle, seit 12 Monaten 4 Fälle, seit 15 Monaten 2 Fälle.

Außerdem stellten sich bei der Nachuntersuchung noch 2 Fälle vor, die schon in früheren Jahren mit Pyrogallol-Röntgen behandelt worden waren. Von diesen beiden Fällen ist der eine (es war ein mittelschwerer Lupusfall) nun schon seit 7 Jahren ohne Rezidiv geblieben. Der andere Fall (ein schwerer Lupus) war nach der Pyrogallol-Röntgenbehandlung zunächst 7 Jahre rezidivfrei geblieben, um dann nach Verabfolgung einer neuen Kur bisher 8 Monate ohne Rezidiv zu bleiben.

Zusammenfassung: „Die kombinierte Pyrogallol-Röntgentherapie wurde in früheren Jahren in der hiesigen Klinik nur vereinzelt angewandt und mit der systematischen Durchführung derselben erst Ende 1918 begonnen. Hierdurch ist es zu erklären, daß über eine größere Anzahl von Fällen, deren Behandlung schon ansehnliche Zeit zurückliegt, keine Angaben gemacht werden können. Selbstverständlich können aus den Fällen mit kurzer Beobachtungsdauer Schlüsse auf eine dauernde Heilung vorläufig nicht gemacht werden. Dazu ist eine sich über Jahre erstreckende Rezidivfreiheit notwendig. Doch kann man aus dem guten Aussehen vieler Fälle nach mehrmonatlicher Unterbrechung der Behandlung doch den Schluß ziehen, daß wir in der kombinierten Pyrogallol-Röntgenbehandlung eine sehr wirksame Lupustherapie besitzen, deren systematische weitere Durchführung berechtigte Hoffnung auf endgültige Heilung gibt. Dafür spricht namentlich auch die Erwägung, daß bei der kombinierten Pyrogallol-Röntgenbehandlung zwei Methoden Hand in Hand arbeiten, von denen in vielen Fällen schon eine allein ausreicht, um schwere tuberkulöse Hauterkrankungen zur Ausheilung zu bringen. Die Erfahrung der Jahre wird lehren, ob die Resultate den heutigen Erwartungen entsprechen."

Aus dem Pathologischen Institut (Prof. Dr. A. Dietrich).

Über einen Fall von Hirschsprungscher Krankheit.

Von

Eugen Jungbluth aus Köln.

Nachstehend soll über einen Fall von Hirschsprungscher Krankheit berichtet werden, der deshalb von besonderem Interesse ist, weil sich bei demselben Patienten eine Reihe von angeborenen und mit dem Leiden offenbar in ursächlichem Zusammenhange stehenden Entwicklungsstörungen des Darmkanals vorfand.

Es handelt sich um ein am 22. 7. 19 dem Bürgerhospital der Stadt Köln überwiesenes, damals 2 Monate altes Kind.

Der Mutter war erst einige Tage vorher aufgefallen, daß das Kind Beschwerden bei der Stuhlentleerung hatte. Es litt an Durchfällen und davon herrührend an einem Ausschlage der Gesäßspalte.

Die Untersuchung ergab: Schwächliches, blasses Kind. Aftergegend und Gesäßkerbe sind von einem intertriginösen Ekzem bedeckt. Die Afteröffnung ist von zwei granulomartigen Wülstchen überlagert, zwischen denen man mit der Sonde gerade in den Anus eindringen kann. Der Unterleib ist etwas vorgetrieben und fühlt sich ein wenig gespannt an. Der Stuhlgang ist häufig, dünn und gelb. — Behandlung: 2 mal täglich Dehnung des Afterringes mit immer dickeren Sonden (Laminariastifte).

Die Stuhlentleerung wird besser. Nach 14 Tagen kann ein Hegarscher Dilatator Nr. 12 eingeführt werden.

Am 9. 8. wird der Stuhl fest. Trotz täglicher Einläufe und Kalomelgaben und trotz fortgesetzter Dilatation bleibt die Neigung zur Obstipation bestehen. 10 Tage nach Beginn derselben ist das Körpergewicht von 3800 auf 3650 g gefallen. Am 25. 8. ergibt eine Röntgenaufnahme des mit Wismutbrei gefüllten Dickdarms, daß Rectum und Flexura sigmoidea stark erweitert sind („typischer Morbus Hirschsprung"). Da die Mutter des Kindes fast gar keine Milch hat und das Kind bei der künstlichen Ernährung immer mehr an Gewicht verliert, so wird es am 29. 8. zur Hebung seines Allgemeinzustandes der Kölner Universitäts-Kinderklinik überwiesen.

Im Aufnahmebefund der Kinderklinik (Geheimrat Prof. Siegert) heißt es: Herz und Lungen o. B. Die gesamte Muskulatur, besonders die der Strecker befindet sich in einem krampfähnlichen Zustand. Die hinteren Extremitäten werden gestreckt und so starr gehalten, daß man den ganzen Körper des Kindes an einem Bein drehen kann.

Zeitweise ist die Darmtätigkeit gestört. Unter trommelartiger Auftreibung des Leibes werden Fäzes in Ballenform entleert; zuweilen wieder erfolgt eine ungemein reichliche Defäkation.

Am 25. 9. werden wäßrige Stühle unter unangenehmen Gefühlen im Unterleibe ausgespritzt. Rascher Kräfteverfall und Tod am 26. 9.

Die Sektion und die von mir vorgenommene nähere Untersuchung der konservierten Baucheingeweide ergaben:

Stark aufgetriebenes Abdomen. Am Anus eine polypenartige, ca. linsengroße und eine gut stecknadelkopfgroße Hautexkreszenz, die beide gut seitwärts beweglich sind. Nach Eröffnung der Bauchhöhle erscheint die Lage der Baucheingeweide zunächst normal. Erst die genauere Besichtigung ergibt, daß das Coecum und Colon ascendens an einem gemeinsamen Aufhängebande mit den Dünndarmschlingen befestigt sind und daß ihre Anheftung an die hintere Bauchwand ausgeblieben ist (Mesenterium ileocoecale commune). Das Rektum und das rektalwärts gelegene Drittel der Flexura sigmoidea sind in einer Gesamtlänge von ca. 14 cm stark erweitert. Der etwas ungleichmäßig, ungefähr spindelförmig dilatierte Darmabschnitt hat an der stärkst gedehnten Stelle einen Durchmesser von ca. 4 cm, während der Durchmesser des nicht erweiterten Flexurteiles nur ca. 14 mm mißt. Der erweiterte Darmabschnitt geht in den normal weiten allmählich über. Das Mesosigmoid ist abnorm lang.

Ungefähr 22 cm oberhalb der Ileozökalklappe findet sich neben dem Mesenterialansatz ein 16 mm langes, anscheinend hohles, mit einem kleinen Gekröse versehenes Darmanhängsel, das an der Basis einen Durchmesser von ca. 9 mm hat und sich allmählich zuspitzt. Das Ende des Divertikels weist mehrere rundliche Vorsprünge auf.

Zwischen Leber und Zwerchfell, Milz und Zwerchfell, Duodenum und Leber bestehen zahlreiche flächen- und strangförmige, teils leicht lösliche, teils feste Verwachsungen. Auch auf den Darmschlingen sieht man zahlreiche, kleine, weißliche, teils fädige, teils häutige Auflagerungen.

Beim Aufschneiden des erweiterten Darmabschnittes zeigt sich, daß die Falten desselben zum größten Teil verstrichen sind. Dagegen ist das Afterlumen durch eine Reihe von Falten gänzlich ausgefüllt. Die Schleimhaut der dilatierten Partie zeigt mehrere herdförmige Trübungen als Zeichen entzündlicher Prozesse. Die Schleimhaut des nicht erweiterten Flexurteiles ist stark mit Blut gefüllt und mit Schorfen bedeckt.

Mikroskopischer Befund: Das Oberflächen-Epithel der Mastdarmschleimhaut weist ausgedehnte Defekte auf. Die Gefäße der Tunica propria sind erweitert; in ihrer Umgebung liegen reichliche Leukozyten. An mehreren Stellen finden sich in der Tunica propria Anhäufungen gelbbrauner Pigmentschollen. Die Muscularis mucosae ist gut entwickelt, noch mehr die Submukosa. Auch die Ringmusku-

latur, die nur eine geringe Bindegewebszwischenlagerung aufweist, und die Längsmuskelschicht sind sehr kräftig ausgebildet. Die elastischen Elemente der Muscularis mucosae sind schwach, die der Submucosa sehr reichlich entwickelt. Die Ring- und Längsmuskelschicht enthalten nur wenige, die Subserosa reichliche elastische Fasern.

Die oben erwähnten warzigen Erhebungen bestehen aus einer bindegewebigen, gefäßreichen Grundlage ohne entzündliche Infiltration, mit Plattenepithelüberzug.

Die Hirschsprungsche Krankheit wurde also in unserem Falle durch eine Entwicklungsstörung, d. h. durch ein zu langes Mesosigmoid ausgelöst. Dieses wiederum war die Teilerscheinung einer Reihe von Hemmungsbildungen, unter denen die Erhaltung eines Meckelschen Divertikels unwesentlich ist, dagegen dem Bestehen des Mesenterium commune eine wichtige Rolle zugeschrieben werden muß. Die ungewöhnliche Gekröselänge und die dadurch gegebene erhöhte Beweglichkeit der Flexur bildeten ein Hindernis für die Darmentleerung. So werden zum Teil die bald nach der Geburt einsetzenden Störungen erklärt.

Die unmittelbar über dem After beginnende Darmerweiterung und die Erscheinungen der Analstriktur, die klinisch im Vordergrunde standen, können jedoch nur durch einen Sphinkterspasmus erklärt werden. Dieser aber findet eine hinreichende Begründung in der Veränderung der Darmtätigkeit auf dem Boden der Entwicklungsstörung, d. h. in der ungewöhnlichen Peristaltik und der Reizung durch die dünnen Stühle. Durch diese Vorstellung läßt sich also der anatomische Befund mit den Krankheitserscheinungen in Einklang bringen und gibt einen Fingerzeig, wie auch scheinbar rein funktionelle Störungen auf einer anatomischen Grundlage beruhen können.

Aus der Medizinischen Klinik der Akademie f. pr. Medizin zu Düsseldorf (Geh.-R. Prof. Hoffmann).

Zur Frage der Typhusbazillen-Abszesse.

Von

Adalbert Martin.

Der alte Meinungsstreit, ob dem Typhusbazillus pyogene Fähigkeit zugestanden werden darf, ist noch immer nicht voll gelöst. Bei jedem neuen Befunde von Typhusbazillen in Reinkultur als Eitererreger posttyphöser Abszesse tauchen die alten Einwände auf. Ein frischer Fall dieser Art wird deshalb aus den Düsseldorfer städtischen Krankenanstalten geschildert.

Bei einer 32jährigen Typhus-Patientin traten am Ende der zehnten Krankheitswoche an den Injektionsstellen für Kampfer und Koffein stark eiternde Abszesse auf. Ein steril entnommenes Punktat ergibt bei Untersuchungen Typhusbazillen in Reinkultur. Die Sorgfältigkeit der bakteriologischen Untersuchung zur Sicherung der Diagnose entzieht den üblichen Einwänden, wie sie von Baumgarten, E. Fraenkel u. a. erhoben werden, daß derartige Befunde auf ungenauen oberflächlichen Untersuchungen beruhten, den Boden. Damit wird der Beweis für die pyogene Fähigkeit des Typhusbazillus erbracht, aber es bleibt noch die Frage zu lösen, unter welchen Umständen der Typhusbazillus diese außergewöhnliche Tätigkeit entwickelt. Ein Teil der Autoren stellt als maßgebenden Faktor die durch die Immunität veränderte Wirkung des Organismus auf. Andere ersehen in der Spezifität des Körpergewebes, wieder andere in der Änderung des Verhältnisses von Menge und Virulenz der Bakterien zum Körper das ausschlaggebende Moment. Jedenfalls paßt sich bei Annahme verringerter Virulenz hier gut die Lehre Buchners von den freiwerdenden eitererregenden Bakterien-Proteinen als Erklärung an. Als sicher ist in jedem Falle festzustellen, daß der Entstehung jedes Abszesses dieser Art eine pathologische Veränderung des betreffenden Körpergewebes vorauszugehen hat, wie in unserem Falle durch die Wirkung des Kampferöles. — Eine neue Auffassung wird in diese Fragen durch die Untersuchungen Adelheims und Johans hineingetragen. Diese stützen sich auf Naegelis Untersuchungen über die Ursache der Leukopenie bei Typhus. Nach Naegeli sollen die Toxine der virulenten Typhusbazillen zur Zeit des akuten Anfalles die Funktion des Knochenmarks lähmen, was sich in der Leukopenie

ausdrücke. Nach Ablauf des Typhus und Wegfall der Lähmung, behaupten die beiden Forscher, trete das normale Blutbild wieder hervor und die ihrer Spezifität entkleideten avirulenten Typhusbazillen könnten mit Hilfe der chemotaktischen Buchnerschen Proteine jetzt ihre eitererregende Wirkung dem immunen Körper gegenüber entfalten. Diese Lösung dünkt die beste und verspricht mit der weiteren Aufklärung über das Wesen der Leukopenie und Leukozytose auch klareres Licht in das Rätsel der Typhusbazillen-Eiterung zu bringen.

Aus der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten
(Prof. Dr. Zinsser).

Ein Fall von spitzen Kondylomen in der Mundhöhle.

Von

W. Amann.

Außer einem von Rothmann beobachteten Falle eines vereinzelten Papilloms am rechten Oberkiefer ist, soweit ich feststellen konnte, das Vorkommen multipler Papillome an beiden Ober- und Unterkiefern in der Literatur noch nicht erwähnt worden.

Deswegen ist die Veröffentlichung des nachstehenden Falles von Interesse.

Schl. G., geboren am 2. 1. 1895, Polizeibeamter, unverheiratet, Familienanamnese belanglos. Patient will als Kind Scharlach, Typhus, Diphtherie, Rachitis und Masern gehabt haben. Vom 10. Lebensjahre an häufig Mandelentzündung, vier Jahre später Tonsillotomie. Danach Wohlbefinden.

Mai 1915 erkrankte Patient im Felde an linksseitigem Lungenspitzenkatarrh. Er war dann des öfteren in Lazarettbehandlung und wurde am 23. 4. 18 mit 100 Proz. Erwerbsbeschränkung aus dem Heeresdienste entlassen. Am 28. 10. 18 erkrankte Schl. angeblich zum ersten Male an Gonorrhöe. Behandlung in der Hautklinik Lindenburg Köln. Geheilt entlassen am 9. 11. 18. Am 29. 11. 19 wurde Patient dann wiederum wegen eines Geschwüres am Glied sowie wegen Wucherungen am Zahnfleisch in hiesiger Universitätsklinik aufgenommen.

Am Gliede sieht man unter dem Bändchen ein bohnengroßes Geschwür mit höckerigem Grunde und graugelblichem Belage. Die Ränder sind zackig ausgenagt. Umgebung ohne Entzündungserscheinung. Am inneren Vorhautblatt befindet sich eine stecknadelkopfgroße Wucherung von zerklüftetem Bau, blaßroter Farbe und derber Konsistenz. Leistendrüsen beiderseits stark geschwollen, angeblich schon von Jugend an, indolent, ebenfalls Vergrößerung der Kubital- und Zervikal-Drüsen. Wassermann und Spirochaeta pallid. negativ.

Auf der Schleimhaut des Zahnfleisches der Ober- und Unterkiefer finden sich in ganzer Ausdehnung auf der Innen- und Außenseite flachbucklige oder knollige Vorwulstungen, deren Oberfläche

bei genauem Zusehen eine feine Körnelung zeigt. Diese Vorwölbungen sind stecknadelkopf- bis linsengroß. Am Oberkiefer dicht oberhalb der oberen Schneidezähne ragt eine erbsengroße blumenkohlartige breitgestielte Wucherung hervor von deutlich zerklüftetem Bau. Alle diese Wucherungen fühlen sich derb an und sind von blaßroter Farbe.

In der Gegend der hinteren unteren Weisheitszähne finden sich auf der Wangenschleimhaut beiderseits flache Vorwulstungen von gleichem Charakter, außer einer fast erbsengroßen gestielten, die sich weich anfühlt.

Differentialdiagnostisch kommen in diesem Falle Gummi und Karzinom in Betracht. Die gummöse Erkrankung des Zahnfleisches würde jedoch in Form von scharf umschriebenen kleineren Knoten in Erscheinung treten, die Neigung zu fettig degenerativen und nekrotischen Zerfallszeichen bieten und beim Betasten resistente elastische, später weiche fluktuierende Massen fühlen lassen.

Das Karzinom in der Mundhöhle führt selten zu wirklichen Tumoren, vielmehr bildet es rasch zerfallene Geschwüre mit festknotig verdicktem Rand und Grund, eine Erscheinung, die sich auch an anderen Stellen zeigt, wo sich, wie in der Mundhöhle stets, zur Zersetzung neigende und infizierende Produkte finden. Die Schleimhaut der Umgebung gerät in entzündliche Schwellung und das Geschwür sondert häufig ein jauchendes Sekret ab.

In unserem Falle bestand keine Neigung zum Zerfall der Wucherung, ebenso war die Umgebung der Schleimhaut nicht entzündet. Vielmehr ergab die histologische Untersuchung, daß die Affektion sowohl ihrer Konfiguration als auch ihrer Struktur nach vollkommen der eines typischen spitzen Kondyloms glich.

Was das ätiologische Moment der papillomatösen Wucherungen in der Mundhöhle bei unserem Patienten betrifft, so möchte ich auf dessen Gonorrhöe zurückkommen. Ich halte es für wahrscheinlich, daß Schl. sich bei dem damaligen Koitus auch mit Cond. ac. am Gliede infizierte. Das Sekret der Gonorrhöe als solches — es hätte auch irgendein anderes Sekret am Gliede sein dürfen — irritierte dessen Schleimhaut und bot dadurch einem evtl. Virus kondylomatöser Wucherungen einen günstigen Nährboden. Die Gonorrhöe heilte, das Sekret verschwand. Erst einige Zeit nachher entwickelte sich dann das schon früher erwähnte Cond. ac. am Glied, das als solches seine Ursache überdauerte. In bezug auf die Gonorrhöe ein „post hoc", auf das Sekret und das evtl. Virus ein „propter hoc".

Die Mundpflege des Patienten ließ sehr zu wünschen übrig. Die Zähne waren zum großen Teil kariös. Außerdem war Schl. bis vor kurzer Zeit ein starker Raucher. Aus diesem Grunde wurden der Mundhöhle in erhöhtem Maße Mikroorganismen zugeführt, die durch

ihre zersetzende Tätigkeit aus der Schleimhaut der Kiefer einen „locus minoris resistentiae“ machten. Auf dieser Schleimhaut entstanden dann, meiner Ansicht nach, die beschriebenen kondylomatösen Wucherungen durch kontagiöse Übertragung vermittelst der Finger vom Penis aus.

Die Prognose der Mundhöhlenpapillome ist immer mit Vorsicht zu stellen. Tritt ein Papillom aber erst im Alter auf, so ist es immer als eine verdächtige Erscheinung anzusehen und ist oft das Zeichen eines in der Tiefe sitzenden Karzinoms.

Aus der Klinik für Hals-, Nasen- u. Ohrenkrankheiten der Akademie f. prakt. Medizin zu Düsseldorf (Prof. Dr. Oertel).

Fünf Fälle von Fremdkörpern in den tieferen Luftwegen.

Von

Paul Wittstamm aus Bottrop.

Während Fremdkörper in den oberen Luftwegen häufig sind und ihre Extraktion dort leicht ist, sind sie in den unteren Luftwegen selten, ihre Extraktion schwer. Früher war die Therapie eine konservative oder chirurgische, seit Einführung der Killianschen Bronchoskopie ist diese Methode die herrschende. Ihre Erfolge sind sehr gute, wie auch 5 hier beobachtete Fälle zeigen.

1. Fall. Ein 4jähriges Kind hat vor 6 Wochen eine Bleistifthülse verschluckt, sofort Atemnot und Husten. Lungenbefund: die linke Brustseite schleppt nach, dort vesikuläres Atmen, das am Hilus verschärft ist. Keine Dämpfung. Das Röntgenbild zeigt den Fremdkörper im linken Stammbronchus. Mit der oberen Bronchoskopie wird der Fremdkörper nicht gesehen, daher nach unterer Tracheotomie Einführung des Bronchialtrichters. In einem brodelnden Eitertrichter wird der Fremdkörper gesehen und extrahiert.

2. Fall. Ein 11jähriger Junge hat gestern das abgebrochene Ende einer Kanüle eingeatmet. Nach Anästhesierung der Luftröhre durch die Tracheotomiewunde untere Bronchoskopie. Die Kanüle ragt 2 cm aus dem linken Hauptbronchus und wird gefaßt, streift sich aber am Kehlkopf ab und bleibt liegen. Sie wird durch den Kehlkopf in den Schlund gestoßen und ausgespuckt.

3. Fall. Ein $5^1/_4$jähriges Mädchen hat heute mittag eine Glasperle verschluckt. Sofort heftige Atemnot. Der Kehlkopf ist aufgelockert. Bei der Ausatmung hört man den Fremdkörper an die Stimmbänder anschlagen, was jedes Mal einen krampfartigen Verschluß der Stimmritze zur Folge hat. Da das Kind sehr unruhig ist, Äthernarkose. Das Kind wird an den Füßen aufgehangen, die Glasperle wird aber nicht ausgehustet. Daher Versuch der oberen Bronchoskopie, der wegen starken Sträubens nicht gelingt. Es wird noch etwas Äther gegeben. Beim zweiten Versuch, zu bronchoskopieren, setzt die Atmung aus. Sofort eingeleitete künstliche Atmung hat keinen Erfolg, ebensowenig sofortige Tracheotomie. Atmung und Puls setzen dauernd aus. Exitus nach $1^1/_2$ Std.

4. Fall. Ein 11jähriger Junge hat vorgestern einen Schuhnagel eingeatmet. Das Röntgenbild zeigt den Nagel im rechten

Unterlappen-Bronchus. In oberer Bronchoskopie wird der Fremdkörper gesehen und gefaßt, kann aber nicht extrahiert werden, auch nicht bei einem zweiten Versuch. Er sitzt in einer Tiefe von 26 bis 28 cm hinter der oberen Zahnreihe und steckt mit der Spitze nach oben im Gewebe. Der Kopf liegt auf der Bronchialwand. Da keine Erscheinungen über der Lunge, wird Patient nach 5 Wochen gesund mit Nagel entlassen.

5. Fall. Ein 54jähriger Mann hat sich vorgestern beim Essen von Erbsensuppe verschluckt. Sofort Beklemmung auf der Brust, Hustenreiz, Rachen- und Kehlkopf o. B., Kehldeckel seitlich zusammengedrückt. Lunge o. B. Die obere Bronchoskopie läßt im rechten Unterlappenbronchus eine grüne Erbse erkennen. Sie wird mit Häkchen gelockert und durch Schieberohr ausgeblasen. Etwas Eiter wird mit der Atmung mobilisiert und in zwei Stunden ausgehustet. Sofort lassen die subjektiven Beschwerden nach, der Patient kann am nächsten Tage entlassen werden.

Es folgt dann eine eingehende Kritik über das Alter der betreffenden Patienten, über den Ort, wo die Fremdkörper hier gefunden wurden und über die Zeit, die die Patienten verstreichen ließen, bis sie in ärztliche Behandlung kamen. Es wird weiter hingewiesen auf die Wichtigkeit einer genauen Anamnese, der Lungenuntersuchung und des Röntgenbefundes. Bei der Frage, ob die obere und untere Bronchoskopie vorzuziehen sei, kommt man zu dem Schluß, daß bei Kindern unter 2 Jahren und bei besonderen Indikationen die untere Bronchoskopie anzuwenden sei, während die obere Methode allgemein dann, wenn keine besondere Kontraindikation besteht, wegen ihrer besonderen Vorzüge Anwendung findet. Dann werden die verschiedenen Ausgänge der beobachteten Fälle besprochen und der Exitus bei dem Falle von Glasperlenaspiration auf den bei der Sektion festgestellten Status thymicolympathicus zurückgeführt.

Die Arbeit schließt mit einer Besprechung der Art der gefundenen Fremdkörper und Anführung einiger Parallelfälle dazu aus der Literatur.

Aus der Hals-, Nasen- u. Ohrenklinik der Akademie für prakt. Med. in Düsseldorf (Prof. Dr. Oertel).

Ein Beitrag zur Kasuistik der Fremdkörper im Ösophagus.

Von

Ludwig Meese aus Buer.

An der hiesigen Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten kamen in den letzten vier Jahren neun Fälle von verschluckten Fremdkörpern zur Beobachtung, die zu vorliegender Arbeit Anlaß gaben. Bevor auf den Verlauf der Fälle eingegangen wird, schildert Verfasser kurz die anatomischen und physiologischen Verhältnisse der Speisewege, die für die Lokalisation der Fremdkörper eine wesentliche Rolle spielen.

Fall 1: Ein 11jähriges Kind kommt mit der Angabe, vor 2 Tagen eine Metallfeder verschluckt zu haben. Seitdem Schluckbeschwerden. Mit dem Ösophagoskop wird am Speiserohrmund ein kleiner metallischer Gegenstand gesehen, der mit Häkchenzangen gefaßt und extrahiert wird. (Es handelt sich um eine Spannfeder aus Stahldraht.)

Fall 2: Eine 34jährige Frau, die gestern im Schlaf ein Gebiß (Kautschukplatte mit 2 Schneide- und 1 Eckzahn) verschluckt hat, klagt über Druckgefühl in der Magengegend. Eine Röntgenplatte zeigt den Fremdkörper in Ringknorpelhöhe. Unter Leitung des Ösophagoskops erfolgt Mobilisierung und Extraktion.

Fall 3: Eine 48jährige Frau hat vor einigen Stunden ein Knochenstück verschluckt. In 25 cm Zahnabstand wird dasselbe mit dem Ösophagoskop gesehen und entfernt.

Fall 4: Ein 17jähriges Mädchen hat angeblich vor 2 Tagen einen Ring verschluckt. Das Röntgenbild zeigt den Fremdkörper unterhalb der Thoraxapertur. Mit dem Ösophagoskop wird ein Elfenbeinring in 28 cm Tiefe gesehen und sofort extrahiert.

Fall 5: Eine 61jährige Frau hat angeblich vor 2 Stunden ihr Gebiß (Gaumenplatte mit 4 Zähnen) verschluckt. Seitdem Schluckbeschwerden. Die Ösophagoskopie ergibt eine Kautschukplatte in Höhe der Bifurkation. Sie wird bis hinter den Kehlkopf heraufgezogen, entweicht dann aber durch die Kardia in den Magen, woraus sie durch Gastrostomie entfernt wird.

Fall 6: Ein 54jähriger Mann klagt seit 4 Monaten über Schluckbeschwerden und starke Abmagerung. Seit 1 Woche Nahrungsaufnahme äußerst schwer möglich. Ösophagoskopisch findet

sich am Zwerchfelldurchtritt eine grauweiße Masse, die sich nach Extraktion als ein übelriechendes Fleischstück erweist. Unterhalb dieser Stelle 3 rote Querwülste, die das Lumen verschließen und sich derb anfühlen. Verlegung auf die chir. Klinik, wo ein Karzinom diagnostiziert wird. Trotz Magenfistel stirbt Patient nach 2 Monaten. Sektionsbefund ergibt ein Ösophaguskarzinom mit Durchbruch in den rechten Lungen-Unterlappen.

Fall 7: 25jähriger Mann hat vergangene Nacht sein Gebiß verschluckt. Seitdem heftiger Speichelfluß. Am linken Stellknorpel ein starkes Ödem. Die Ösophagoskopie zeigt das Gebiß im rechten Sinus piriformis. Glatte Extraktion. Das Ödem am linken Stellknorpel ist nach 5 Tagen verschwunden.

Fall 8: 29jähriger Soldat hat vor 8 Tagen ein Knochenstück verschluckt. Der Speiserohreingang ist stark geschwollen. In 20 cm Tiefe besteht ein starkes Ödem. Darunter liegt der Fremdkörper mit stark eitriger Infiltration der Umgebung. Die Extraktion scheitert an der zu starken Einkeilung. Am folgenden Tage Oesophagotomia externa. Diese fördert ein quersitzendes Knochenstück zutage.

Fall 9: 35jähriger Mann hat vor 4 Stunden ein Gebiß verschluckt. Das Ösophagoskop zeigt den Fremdkörper in der Kardia-Gegend, fest in der Schleimhaut eingekeilt. Es wird mit Haken mobilisiert und extrahiert. Dabei erfolgt eine geringe Läsion der Schleimhaut.

Es folgt eine Besprechung der Art der gefundenen Fremdkörper, des Alters der Patienten und der Zeit, die nach dem Unfall verstrich, bis die Patienten in Behandlung kamen. Die größten Beschwerden der Patienten bestanden in Schluckbehinderung. Die Prädilektionsstellen der Fremdkörper sind in erster Linie der Speiserohrmund, die Kardia und die Gegend der Bifurkation. Veränderungen der Ösophagus-Schleimhaut und andere Komplikationen wurden zweimal gefunden. Für die Diagnosenstellung war ausschlaggebend neben der Anamnese und dem Röntgenbild die Ösophagoskopie, mit deren Hilfe die Extraktion in 7 Fällen gelang. In zwei Fällen mußte ein blutiger Eingriff vorgenommen werden. Die Arbeit schließt mit einer eingehenden Würdigung der Ösophagoskopie als diagnostisches und therapeutisches Hilfsmittel der Fremdkörper-Pathologie in der Speiseröhre.

Über Pubertätspsychosen nebst einigen schwer zu deutenden Fällen.

Von

Josef Westermann.

Pubertäts- oder Kinderpsychosen im Sinne einer besonderen Krankheitsform gibt es nicht. Man versteht darunter solche auch bei Erwachsenen vorkommende Psychosen, die in einer der kindlichen oder jugendlichen Psyche entsprechenden Art modifiziert erscheinen. Für die Grenzbestimmung zwischen Pubertät und Kindheit ist die physiologische Entwicklung des Individuums maßgebend. Mit der Frage der Pubertätspsychosen, die schon im Altertum bekannt waren, beschäftigte man sich eingehender erst im 19. Jahrhundert. Die Geschichte der Kinderpsychosen beginnt um die Mitte des 18. Jahrhunderts. Daß diese eine so seltene Erkrankung sind, wird von verschiedenen Autoren damit erklärt, daß die im Kindesalter auftretenden ersten Erscheinungen sich meist der ärztlichen Beobachtung entziehen. Für die für das Pubertätsalter typische Psychose galt die Dementia praecox. Aber schon 1862 zeigt Birkhan, daß die Dementia praecox auch im Kindesalter vorkommt. Diese Form wird von Heller „Dementia infantilis", von de Sanctis „Dementia praecocissima" genannt. Speziell mit der Katatonie beschäftigt sich Raecke, mit der Pfropfhebephrenie Urstein. Die Statistiken von Wolfsohn, Kraepelin und Grünthal beweisen einwandfrei das Vorkommen der Dementia praecox im Kindesalter; am häufigsten sind die Katatonien und einfach depressiven Formen. — Die Paranoia kommt nach Witte im Kindesalter überhaupt nicht vor, in der Pubertät wurde sie von verschiedenen Autoren beobachtet. In 90 Proz. aller Fälle ist erbliche Belastung nachzuweisen (Ziehen). — Nächst der Dementia praecox ist bei Kindern am häufigsten das manisch-depressive Irresein. Nach Ziehen ist die einfache Melancholie beim Kinde erheblich häufiger als die einfache Manie; in der Pubertät überwiegt die Manie erheblich. Auch periodische Manie und Melancholie sind in der Kindheit selten, ebenso auch einwandfreie Fälle von manisch-depressivem Irresein. Auch bei den ziemlich zahlreichen, noch den letzten Kinderjahren angehörigen Fällen ist der Einfluß der Pubertätsvorgänge unverkennbar. Nach der Statistik von Kraepelin, mit der die Angaben von Walker und Ziehen nur teilweise übereinstimmen, fällt die

größte Häufigkeit der Erkrankung zwischen das 15. und 20. Lebensjahr. Das hauptsächlichste ätiologische Moment ist die hereditäre Belastung, für die Melancholie angeblich auch die Chlorose. Als auslösende Ursachen kommen in Betracht: Schädeltrauma, Infektionskrankheiten, schwere Erschöpfung, depressive Affekte usw. Atypischer Verlauf ist nach Kraepelin und Stransky in der Pubertät häufig. — Von den einzelnen Formen des hysterischen Irreseins kommen zwischen dem 9. und 15. Lebensjahre sehr häufig Dämmerzustände zur Beobachtung, vor dem 8. Jahre nur ausnahmsweise. Es kommen alle auch bei Erwachsenen auftretenden Formen vor. Diesen Zuständen stehen der nächtliche Somnambulismus und Pavor nocturnus sehr nahe, ebenso wahnhafte Einbildungen und Sinnestäuschungen und das krankhafte Wachträumen. Absolute Zahlen sind in der Literatur nur für die Hysterie im allgemeinen angegeben. Es seien erwähnt die Statistiken von Briquet und Clopatt. Das hysterische Irresein kann u. a. ausgelöst werden durch Affektstöße, Migräne (?), kalorische Schädlichkeiten usw. — Die Zwangsneurose beginnt nach Ziehen, Pitres und Régis in der Hälfte der Fälle während der Kindheit, etwas geringere Zahlen gibt Janet an. Wegen ihrer großen Bedeutung für das Zustandekommen von Geisteskrankheiten wird kurz auf die Psychopathien eingegangen. Am häufigsten sind hier die Gesellschaftsfeinde, einen großen Prozentsatz stellen auch noch die Erregbaren. Für das Manifestwerden sind äußere Einflüsse wie Verführung usw. von Bedeutung, ferner Alkoholismus und Lues der Eltern. Ein großer Teil dieser Krankheitsgruppe gehört den Kraepelinschen „Entwickelungsverbrechern“ an und die Übersicht über die angeführten Statistiken ergibt, daß die Kinderpsychosen nicht selten sind, und daß die Pubertätszeit in dieser Beziehung eines der am meisten gefährdeten Lebensalter darstellt.

Im Anschluß an diese Ausführungen werden 5 in der Kölner Psychiatrischen Klinik beobachtete Fälle von Pubertätspsychosen mitgeteilt. Bei Fall 1 handelt es sich um einen 15jährigen Patienten ohne Beruf, bei dem wahrscheinlich hereditäre Lues vorliegt (WaR im Blute ++, Hutchinsonsche Zähne), ebenso besteht bei einer Schwester der Verdacht auf Erbsyphilis, bei der Mutter Verdacht auf Tabes. Der Knabe zeigt in etwa 4wöchentlichen Zwischenräumen manische Erregungszustände, die mit depressiven Stadien abwechseln, ein Krankheitsbild, das zweifellos als Zyklothymie aufzufassen ist. Außerdem zeigt Pat. verschiedene, für Erbsyphilis typische Charakterveränderungen, wie schwere Erziehbarkeit, Hang zum Lügen, Stehlen, Weglaufen usw., eine sittliche Minderwertigkeit also, wie sie bei Psychopathen vorkommt. Es handelt sich um eine auf dem Boden einer hereditären Lues entstandene Psychopathie, die das Auftreten des manisch-depressiven Irreseins ohne

weiteres erklärt. — Der 2. Pat., ein 17jähriger Laufjunge, ist sehr nervös, leicht erregbar, bekommt Wutanfälle; es besteht ein leichter Grad von Debilität. Es läßt sich z. Z. nur die Diagnose „Psychopathie" stellen, jedoch sind auch einige auf Dementia praecox verdächtige Symptome vorhanden: Seit 2 Monaten auffallende Schwierigkeiten im Beruf, absolute Stumpfheit bei der Erörterung seiner Zukunft, Stuporzustände und Negativismus. — Auch bei Fall 3, einem $17^1/_2$jährigen Gärtnerlehrling, fallen schon in der Kindheit abnorme Charakterzüge auf; mit dem Einsetzen der Pubertätszeit zieht er sich mehr und mehr von seiner Umgebung zurück. Außerdem bestanden zeitweise Beziehungsideen und Verwirrtheitszustände, Grimassieren, Katalepsie, Echolalie. Einmal stand Pat. 2 Stunden früher als gewöhnlich auf und kletterte aufs Dach, einmal spannte er in der Nacht die Pferde an und wollte nach Hause reiten. Wahrscheinlich handelt es sich um jene bei Dementia praecox häufigen sonderbaren Einfälle und plötzlichen Antriebe, die rücksichtslos in Handeln umgesetzt werden. Es besteht demnach zum mindesten der dringende Verdacht auf Dementia praecox. Bei Fall 4 handelt es sich um einen 14jährigen Schriftsetzerlehrling, der unfähig zur Arbeit, empfindlich und körperlich matt ist und viel weint. Auch sind Kleinheitsideen religiösen Inhalts vorhanden, ebenso Negativismus und Stuporzustände, die aber wahrscheinlich nicht katatoner Natur sind. Außerdem bestehen hysterische Züge wie Parästhesien, Beschwerden im Leib, im Gesäß, Hitzegefühl, häufiger Stuhldrang usw. Die Katamnese ergibt, daß die Depression, wie auch die hypomanischen Zustände sich ganz verloren haben, während Pat. jetzt auffallend frech und ausfahrend, manchmal auch tätlich wird, aber fast ausschließlich gegen seine Mutter. Es handelt sich also um manisch-depressives Irresein mit hysterischen Zügen bei einem Psychopathen, bei dem erst nach Abheilung der Depression die Psychopathie manifest wurde. — Bei Fall 5, der einen 15jährigen Kaufmannslehrling betrifft, beherrschen neben den für alle Depressionszustände charakteristischen Symptomen schwere Angstzustände das Krankheitsbild. Aber auch in diesem Falle haben wir es nicht mit der reinen Melancholie zu tun. Pat. war von Jugend an leicht erregt, reizbar; es bestehen Beschleunigung der Zirkulationstätigkeit, Druckgefühl im Kopf, wirre, ängstliche Träume, Symptome, die das Krankheitsbild der Kraepelinschen Nervosität ergeben. Diese Mischform von Nervosität und manisch-depressivem Irresein ist nach Kraepelin im Kindesalter ein häufiges Vorkommnis. — Bei den beiden letzten Fällen haben wir es also mit depressiven Zustandsbildern zu tun; aber erst der weitere Verlauf kann entscheiden, ob nicht eine beginnende Dementia praecox vorliegt, die ja mit einem rein depressiven Vorstadium beginnen kann.

Über Magentuberkulose.

Von

Georg v. Lepel.

Das Ergebnis meiner Arbeit ist im Hinblick auf die bisher bekannt gewordenen markantesten Fälle von Magentuberkulose und unsern eigenen Fall aus der inneren Klinik des Augusta-Hospitals in Köln folgendes.

Die überaus seltene tuberkulöse Infektion des Magens ist auf 5 verschiedenen Wegen möglich, zunächst per os, indem Tuberkelbazillen mit Nahrungsmitteln, vielleicht auch durch Einatmung, in den Magen gelangen. Fördernd wirken dabei zweitens motorische Insuffizienz des Magens oder Läsionen der Mukosa, wie kleine Erosionen, katarrhalische Entzündung oder hochgradige Atrophie der Magenschleimhaut. Die dritte Möglichkeit ist die Infektion auf hämatogenem Wege bei allgemeiner Miliartuberkulose oder Phthise und auf lymphogenem Wege, so daß z. B. die Tuberkelbazillen bei tuberkulöser Peritonitis die Lymphgefäße entlang „per continuitatem" durch die Serosa und Muskularis in die Submukosa dringen und hier Tuberkel bilden, welche nach Perforation der Schleimhaut dann auch zur Geschwürbildung führen können. Viertens ist „per continuitatem" von einem anderen Organe aus die Möglichkeit der Infektion gegeben und fünftens soll auch die antiperistaltische Bewegung des Darmes für die Infektion des Magens in Frage kommen.

Die Magentuberkulose tritt in 2 Formen auf, der ulzerösen und der hypertrophischen. Am häufigsten findet sich das tuberkulöse Ulcus, vielfach solitär, aber auch multipel, von Stecknadelkopf- bis zu Handtellergröße. Mit Vorliebe lokalisiert es sich am Pylorus und der großen Kurvatur, am seltensten erkrankt die Kardia. Das Aussehen der Geschwüre wird übereinstimmend wie folgt beschrieben: Ein runder Defekt mit etwas gezackten, erhabenen und unterminierten Rändern, dessen Grund in allen 3 Schichten der Magenwand liegen kann und durch tuberkulöses Granulationsgewebe ein blaßgelblich bis graurotes Aussehen hat; bisweilen finden sich am Grunde sowohl, als auch am Rande weißrötliche miliare Knötchen, die mikroskopisch aus Epitheloidzellen bestehen und zuweilen, nicht immer, Langhanssche Riesenzellen und Tuberkelbazillen enthalten. An den Gefäßen des Magens fanden sich hier und da endarteriitische und endophlebitische Prozesse und einmal wurde auch eine arro-

dierte Magenarterie gefunden, eine Komplikation, die die Gefahr der Verblutung mit sich bringt. Bei der hypertrophischen Form der Magentuberkulose, die durch eine Infiltration der Serosa zustande kommt und durch dickes fibroides Gewebe begrenzt ist, zeigen sich entweder gar keine Geschwüre oder nur ganz minimale Ulzerationen, so daß die makroskopische Diagnose nahezu unmöglich ist.

Isolierte Magentuberkulose kommt vor, aber in den meisten Fällen war sie mit Tuberkulose anderer Organe, besonders der Lungen und des Darms verbunden, und zwar so, daß man die Erkrankung des Magens als sekundär auffassen mußte.

Klinisch ergibt sich kein einheitlicher Symptomenkomplex. In der Mehrzahl der Fälle finden sich die Symptome eines Ulcus rotundum, wenn am Pylorus lokalisiert, mit folgenden Stenosen und Ektasieerscheinungen, manchmal auch die typischen Kennzeichen des Karzinoms. Der Magenchemismus wechselt in jedem Falle. Diarrhöen sind nicht als Charakteristikum für Magentuberkulose aufzufassen. Tuberkelbazillen im Stuhl können ebensowohl aus dem tuberkulös erkrankten Magen als auch aus dem Darm oder von verschlucktem Sputum herrühren. Das Röntgenbild bietet uns keinerlei Anhaltspunkt für die spezifische tuberkulöse Erkrankung des Magens. Die von Petruschky vorgeschlagene probatorische Tuberkulinprobe zur Diagnose der Magentuberkulose in vivo ist zu verwerfen, da sie einerseits Gefahren für den Patienten mit sich bringt, andererseits eine Allgemeinreaktion des Körpers darstellt, die man nicht einfach auf einen vermuteten Teilherd der Erkrankung beziehen kann. Das tuberkulöse Magenulcus kann schließlich auch völlig symptomlos bleiben.

Immerhin bleibt die Möglichkeit, aus dem Zusammenhang aller Erscheinungen eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose zu stellen. Differentialdiagnostisch läßt sich dabei die Tatsache verwerten, daß ein Karzinom gewöhnlich nicht vor dem 40. Lebensjahr, und daß die Tuberkulose im allgemeinen schon in jüngeren Jahren aufzutreten pflegt.

Die Therapie hat sich nach dem Zustande des Patienten zu richten. Intern empfiehlt sich bei geeigneten Fällen die sonst übliche Methode der Behandlung des genuinen Ulcus, operativ hat sich die Gastroenterostomie mit evtl. Resektion des Pylorus am besten bewährt.

Aus der Rheinischen Prov.-Heil- und Pflege-Anstalt Grafenberg
(Direktor: Geh. Sanitätsrat Prof. Dr. Peretti).

Über die Krankenbewegungen in den rheinischen Prov.-Heil- und Pflegeanstalten während der Kriegsjahre.

Von

Aloys Gehlen aus Düsseldorf.

In der vorliegenden Arbeit ist versucht worden, die Krankenbewegungen in den Irrenanstalten während des Krieges und die Gründe hierfür darzulegen. Nach einer geschichtlichen Einleitung, die sich in der Hauptsache mit den Verhältnissen während der Revolution vom Jahre 1848 und der Kriege von den Jahren 1864, 1866 und 1870/71 befaßt, ist eine Gesamtübersicht der Krankenbewegungen in den preußischen Irrenanstalten und in den Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalten der Rheinprovinz gegeben worden. Es folgen dann die einzelnen Gründe für diese Bewegungen. Ausgehend von der Theorie von E. Meyer werden die Gründe für die Abnahmen der Aufnahmen bei den Frauen erörtert. Die Verhältnisse in den Anstalten und in den Gemeinden sind kurz gestreift. Das Hauptgewicht ist auf die Abnahmen der Alkoholpsychosen gelegt worden, wodurch die Abnahmen der Anstaltsaufnahmen zum großen Teil zu erklären sind. Die Ursachen für die Abnahmen des Bestandes werden hierauf besprochen. Hierbei sind neben einer Darstellung der Ernährungsschwierigkeiten in den Anstalten während des Krieges die vermehrten Todesfälle unter den Insassen besonders berücksichtigt worden. Zum Schluß ist versucht worden, die Verhältnisse, wie sie sich nach dem Kriege voraussichtlich gestalten werden, zu schildern. Nach Berücksichtigung der Industrielage und des Geburtenrückganges ist kurz auf die Kriegsteilnehmer und Kriegsbeschädigten, soweit sie für diese Betrachtung in Frage kommen, eingegangen worden. Es folgt eine Übersicht über die Alkoholfrage und über die mögliche Zunahme der Paralyse infolge der Verbreitung der Lues.

Die Richtlinien der heutigen Kieferbruchbehandlung nach Verwertung allgemeiner und eigener Kriegserfahrungen im Kieferlazarett Köln-Lindenthal.

Von

Otto Schade, Zahnarzt aus Barmen.

Wie auf allen Gebieten, brachte der Krieg auch für die Methodik der Kieferbruchbehandlung gewaltige Fortschritte, ohne jedoch zu einheitlichen Richtlinien zu führen. Aufgabe obiger Arbeit ist es nun, die Hauptergebnisse in der Vor-, Haupt- und Nachbehandlung herauszuschälen und zur Aufstellung einer neuen Kieferbruchteinteilung, aus der sich die Behandlung ergibt, zu benutzen.

Im Gegensatz zu früheren Anschauungen ist es bei der Vorbehandlung von größter Wichtigkeit, größere Wunddefekte nur solange durch Kompressionswickelverband zu decken, bis die erste Blutstillung erfolgt ist. Sodann aber, und dies dürfte schon nach den ersten Tagen der Fall sein, wendet man zweckmäßig nur noch leichte Mastisol-Heftpflasterverbände an, um den Sekreten möglichst freien Abfluß zu gewähren und Stauung innerhalb der Gewebe zu vermeiden (Bruhn, Hauptmeyer u. a.).

Was die Hauptbehandlung anbetrifft, führten theoretische Untersuchungen der Kiefergelenk-Form und -Bewegung zu folgenden Hauptergebnissen:

1. Bis zu einer Mundöffnung von etwa 1 cm befindet sich der Muskelapparat zur Unterkieferbewegung in der geringsten Spannung, seine Zugwirkung auf evtl. Kieferfragmente also in der geringsten Dislokationstendenz.

2. Die Mandibula selbst bewegt sich bis zu angegebener Grenze ebenfalls in reiner Scharnierbewegung, so daß sich aus beiden Punkten die Folgerung ergibt: Bei allen komplizierten Frakturen mit zu starker Dislokationsneigung und prognostisch ungünstigen Bruchlinien erfolgt zweckmäßig: Fixierung oder Bewegungsbeschränkung der Zahnreihen in etwa 1 cm Abstand gegeneinander. Dieses Resultat drängt die Feststellung der prognostisch mehr oder minder günstigen Bruchlinien, wie sie sich aus dem Muskelansatz ergeben (Schröder, Pfaff, Weiser), stark in den Vordergrund, denn hiernach muß sich die Wahl der Hauptschienungsmethoden richten.

1. Interdentale Fixationsschienen (Gunning, Port) oder:

2. Draht-Zinn-Regulierungsschienen (Sauer, Schröder, Hauptmeyer usw.). Mit dieser Forderung stimmen die allgemeinen und

eigenen Kriegserfahrungen überein. Bei den prognostisch ungünstigen, mehrfachen Brüchen, Knochenplastiken, großen Substanzverlusten, schlecht bezahnten, zahnlosen oder kindlichen Kiefern sind interdentale Fixationsschienen (Port, Haun) den Regulierungsschienen (Sauer, Schröder, Hauptmeyer) vorzuziehen, da nur völlige Ruhigstellung der Kiefer die Erfüllung des Hauptgrundsatzes jeder Knochenbruchbehandlung — nämlich: Unbedingter Fixation der Bruchenden — genügt. Regulierungsschienen mit Erhaltung der Funktion sind also nur bei Brüchen mit prognostisch günstigen Bruchlinien und gutem Zahnsystem möglich.

In Erkenntnis obiger Resultate werden wir die bisher für unbegrenzt gehaltene Indikation der Regulierungs-Draht- und Zinnschienen stark zugunsten der interdentalen, historisch primären, interdentalen Fixationsschienen (Gunning, Port) einschränken, wie sich dies auch aus der nun folgenden, von mir aufgestellten Kieferbrucheinteilung ergibt.

Einteilung der Kieferbrüche:

A. Unterkieferbrüche.

I. Mit prognostisch günstigen Bruchlinien.

a) Immobilisierung unter Erhaltung der Funktion bei kräftigem Zahnsystem (Mundöffnung beliebig),

1. sofort reponierbar (Halte-Drahtschiene),
2. nach graduierter Regulierung reponierbar (Regulierungsdrahtschiene, Schröder, Sauer, Hammond).

b) Reine Immobilisierung bei mangelhaftem Zahnsystem (1 schwach bezahntes Fragment) und Milchgebiß,

1. sofort reponierbar (Mundöffnung nicht über 1 cm) Port- oder Haunschiene),
2. nach Regulierung reponierbar (Regulierungsschiene Hauptmeyer, dann Port- oder Haunschiene).

II. Mit prognostisch ungünstigen Bruchlinien (nur reine Immobilisierung, Mundöffnung nicht über 1 cm),

a) bei genügend und fest bezahnten Fragmenten,

1. sofort reponierbar (Portschiene),
2. nach graduierter Regulierung reponierbar (Regulierungsdrahtschiene, dann Portschiene).

b) Bei ungenügend oder locker bezahnten Fragmenten und Milchgebiß,

1. sofort reponierbar (Port-Haunschiene evtl. in Verbindung mit Nagelextension — Codivilla-Lindemann —),

2. nach Regulierung reponierbar (Hauptmeyer-Regulierungsschiene oder Nagelextension, dann Port- oder Haunschiene),

c) bei einem bezahnten und einem unbezahnten Fragment nebst größerem Substanzverlust (gemischte Nagelextension: Fixation der Nagelextension an der restierenden Zahnreihe extra-intra oral),

d) bei zahnlosen Fragmenten und Kiefern ohne ausgeprägten Alveolarfortsatz (immer reine Nagelextension (Codivilla-Lindemann).

Beiträge zur Tuberkulose der Mundhöhle.

Von

Karl Heinrich Krienen, Zahnarzt aus München-Gladbach.

Daß die Tuberkulose in der Mundhöhle, selbst bei Phthisikern, zu den seltensten Lokalisationen zählt, — Primärerkrankungen sind noch ungewöhnlicher —, ist auf das dichte, mehrfach geschichtete Plattenepithel, seine schnelle Regenerationsfähigkeit, auf das fast undurchdringliche, von elastischen Fasern durchsetzte Netzwerk der Tunica propria, auf die in ihrem Substrat sich findenden zahllosen Leukozyten, auf den großen Gefäßreichtum der Schleimhaut und die damit verbundene gute Ernährung und schließlich auf die mechanisch reinigende Wirkung des schon bei geringster Reizung stärker einsetzenden Speichelflusses zurückzuführen. Der Speichel selbst jedoch besitzt keine bakterizide Kraft.

Bei der Autoinfektion kann es durch hämatogene oder lymphogene Metastasenbildung, durch expektoriertes Sputum und durch exogene Bazillen zur Tuberculosis oris kommen. Die Infektion durch exogene fremde Bazillen beruht dagegen auf direkter oder indirekter Übertragung.

Hierbei leisten mechanische Läsionen, Stomatitiden, Reize chemischer und thermischer Art und konstitutionelle Krankheiten Vorschub. Das viel häufigere Erkranken der Männer an Tuberkulose der Mundschleimhaut ist zudem auf den häufigen und starken Alkohol- und Tabakgenuß zurückzuführen.

Die tuberkulöse Mundhöhlenaffektion bevorzugt Individuen zwischen dem 30. und 60. Lebensjahre, wobei mit Vorliebe die Ränder und Spitze der Zunge, am seltensten die Gingiva betroffen wird.

Die Diagnose ist nur leicht bei typischem Aussehen, dem roten oder blauroten, scharf begrenzten Zahnfleischsaum, den unebenen, schmutziggelben bis blauvioletten, unregelmäßig ausgeschnittenen Rändern der Zungen- und Wangengeschwüre mit ihrem graugrünlichen Eiter absondernden seichtem Grunde und den spezifischen, am Boden, am Rande oder in der Nachbarschaft der Ulzerationen liegenden, zum Teil im Zerfall begriffenen miliaren Knötchen.

Zu sichern ist die Diagnose im Zweifelsfalle durch Anamnese, Symptome von vorhandener oder beginnender Tuberkulose anderer Organe, exakte Temperaturmessungen, durch die Tuberkulinreaktionen, durch röntgenologische, histologische und bakterielle Untersuchungen, schließlich noch durch Tierexperiment.

Bei der Differentialdiagnose kommen neben den unwichtigen Traumen, den Stomatitiden katarrhalischer, ulzeröser und aphtöser Art, den weniger wichtigen sogenannten Partschschen Milien der Mundschleimhaut, dem Malleus und der Gingivitis hypertrophica in der Hauptsache Karzinom, Lues, Alveolarpyorrhöe und Aktinomykose in Betracht, wie in der Arbeit eingehend erörtert wird.

Die Prognose schwankt, entsprechend der Ausdehnung, Dauer, Intensität und der Mitbeteiligung anderer, lebenswichtiger Organe. Die sekundäre Tuberkulose der Mundhöhle ist daher als sehr ungünstig, die Primärtuberkulose bei rechtzeitig gestellter Diagnose trotz gelegentlichen Rezidivs als günstig zu bezeichnen.

Die Therapie besteht örtlich in radikalem chirurgischen Eingriff, bei Kontraindikation aber in Bestrahlung und besonders in der Anwendung von Säuren (Acidum lacticum), allgemein neben Arzneiverordnungen in einer gründlichen hygienisch-diätetischen Kur, unter Umständen mit Tuberkulininjektionen verbunden.

Prophylaktisch ist außer auf allgemein-hygienische Maßnahmen das Hauptaugenmerk auf eine rationelle Mund- und Zahnpflege zu richten.

Bei der Seltenheit der Mundhöhlentuberkulose sah und behandelte ich bisher zwei Fälle von ausgedehnter Schleimhauterkrankung, und zwar im Zahnärztlichen Institut der Universität München (Vorstand: Prof. Dr. Berten).

Bei der ersten 21jährigen Patientin, von der zwei Photographien beigefügt sind, ergab weder die Anamnese noch der Status praesens nach gründlicher äußerer und innerer Untersuchung irgendwelche Anhaltspunkte für anderweitige Tuberkulose. Gesichert wurde die Diagnose einerseits durch negativen Wassermann, andererseits durch positiven Pirquet, vor allem jedoch durch den histologischen Befund sicher tuberkulösen Gewebes in den exzidierten Stücken.

Der zweite prognostisch als sehr ungünstig zu bezeichnende Fall ließ sich bei der 33jährigen Patientin schon durch die Anamnese und den Status praesens, die eine von der Gingiva ausgehende und über den ganzen Nasen- und Rachenraum sich erstreckende Schleimhauttuberkulose ergaben, leicht diagnostizieren.

Aus dem Institut für Strahlenbehandlung der städt. Kranken-Anstalten Essen (Leiter Prof. Dr. Bering).

Über die Aktinomykose mit besonderer Berücksichtigung ihrer Bedeutung für die Zahnheilkunde.

Von

Julius Steinkamm, Zahnarzt aus Essen.

Alle Eintrittsmöglichkeiten der Aktinomyzespilze werden eingehend beleuchtet, aber ganz besonders die Einwanderung direkt durch die Zähne selbst. Die Einwanderungsmöglichkeit auf letzterem Wege, ist lange bestritten worden, so u. a. von Boström, von Baracz und Jezlai. Doch nachgewiesen ist der Pilz in der Pulpa selbst und im Granulom in der Apex der Wurzel von Bruns, Israel, Partsch, Schlatter, Jaehn, Zilz und anderen. In der lebenden Pulpa sogar wurde der Aktinomyzes von Euler einwandfrei festgestellt.

Die Diagnose ist nicht immer leicht. Die brettharte, unbegrenzte, deutliche Infiltration, die meist schmerzlos entstandene Schwellung der Weichteile, sind stets verdächtig. Ohne Temperatursteigerung geht die Krankheit meist einher. Die stark schwielige Induration in der Umgebung, das schleichende Auftreten, die Fistelgänge, die meist enge Begrenzung, das Freibleiben der Lymphdrüsen erleichtern die Diagnose. Handelt es sich um eine Erkrankung im Bereich der Kiefer, so kann die evtl. bestehende besondere Art der Kieferklemme, ein weiterer Fingerzeig für die Diagnose sein. Der mikroskopische Nachweis des Aktinomyzes muß zur Sicherstellung der Diagnose gefordert werden. Einzelne Methoden zur bakteriologischen Untersuchung werden angeführt.

Der Abschnitt der Therapie geht zunächst auf die erst behandelten Fälle der Erkrankung zurück. Ponfik war 1882 der erste, welcher sich näher über die einzuschlagende Therapie äußerte. Er differenzierte zwischen lokaler und diffuser Aktinomykose. Erstere Form erachtete er, so lange die Wucherung total zu exstirpieren war, für gut, während er letztere als schlecht bezeichnete. In frühester Zeit ist man vor radikalem Vorgehen, wie Kieferresektion, totaler Zungenexstirpation nicht zurückgeschreckt. Spaltung und Auskratzung wurden zum mindesten verlangt. Im Laufe der Zeit brachte der Fortschritt der Aktinomykoseforschung es mit sich, daß die Erkrankung in früheren Stadien erkannt wurde. Gerade im Bereich von Kopf und Hals wurden viele Fälle von geringer Ausdehnung durch Exzision

der Wucherung zur sofortigen Ausheilung gebracht. Medikamentös sind die verschiedensten Mittel empfohlen worden. Brophy empfahl 1908 äußerlich und innerlich Kupfersulfat. Ullmann erzielte mit 2proz. Sublimat-Umschlägen Heilung. Andere wieder injizierten Arg. nitric.-Lösungen der verschiedenen Konzentrationen. Föderl verwandte 1908 Natrium kakodylicum, Jodypin, Tuberkulin, auch Tuberkulin-Alt, Karbolsäure-Injektionen sind empfohlen worden. Zur Touchierung ist vielfach Arg. nitric. und Acid. carb. liquef. verwandt worden. Zilz sah auch in der Verwendung der Klappschen Sauger eine gute Unterstützung. Salvarsan ist auch im Kampfe gegen die Aktinomykose aufgeboten worden, ohne daß jedoch hiermit besondere Heilresultate erzielt worden sind. Die meisten Anhänger findet Jodkali und anscheinend sind die besten Erfolge wohl hiermit erreicht worden.

Nach Einführung der physikalischen Heilmethoden sind auch diese in der Therapie gegen die Aktinomykose herangezogen worden. Das Sonnenlicht wurde von Poncet versucht. Radium wurde 1914 mit Erfolg verwandt, in Fällen, bei welchen Jodkali und Röntgenbestrahlung versagten. Bergen kehrt wieder zur Röntgenbestrahlung zurück, nachdem er sich vorübergehend des Radiums bedient hatte. Auch andere Autoren, wie Sardemann 1914, sahen gute Erfolge bei der Röntgenbehandlung. 1916 trat Melchior für die Röntgenbestrahlung in Verwendung mit Jodkali ein. Es ist fraglos, daß die Röntgenbestrahlung als therapeutisches Hilfsmittel eine ganz besondere Beachtung verdient. Jüngling veröffentlicht 1919 eine Zusammenstellung von 12 Fällen der Tübinger Klinik, die mit gutem Resultat mit Röntgenbestrahlung behandelt wurden. Gleich wie Jüngling bin auch ich der Ansicht, daß die Aktinomykose zu den Erkrankungen gehört, die mit Röntgenbestrahlung behandelt werden müssen. Auf die günstigen Erfolge, die bei der Strahlenbehandlung der Aktinomykose in dem Essener Institut erzielt wurden, stützt sich diese Forderung. Es handelt sich um drei Fälle von mikroskopisch nachgewiesener Gesichts- und Hals-Aktinomykose, die sämtlich chirurgisch und medikamentös (Jodkali und Salvarsan) erfolglos behandelt waren. Die Krankengeschichten sind alle ausführlich wiedergegeben.

Die erste Röntgenbestrahlung brachte die Erkrankung zum Stehen. Es trat jeweilig eine starke lokale Reaktion ein und nach wiederholter Bestrahlung erfolgte Heilung. Die brettharten Schwellungen nahmen ab, die Wunden und Fisteln schlossen sich. Unter Rücklassung teilweiser, ganz geringer Verdickungen kam die Aktinomykose ohne irgendwelche andere Behandlung zur Heilung.

Was die Frage der Technik betrifft, so war die Dosis in allen Fällen dieselbe. Nach der Dosierungsmethode von Hans Meyer erhielten alle Patienten drei Volldosen in dem ersten Falle durch einen

3 mm Aluminiumfilter 18mal, in den beiden anderen Fällen 20mal durch 4 mm Aluminiumfilter. Bei den nächstfolgenden Sitzungen wurde die Dosis geteilt.

Nach den vorliegenden Erfahrungen ist zu schließen, daß für die Behandlung der im Bereich des Gesichtes und Halses gelegenen Aktinomykose die Röntgentiefenbestrahlung die beste Behandlungsmethode ist. Auf Grund der erzielten Erfolge ist es wahrscheinlich, daß jede Medikation überflüssig ist.

Aus der städtischen Zahnklinik Köln (Prof. Dr. Zilkens).

Sind die Hypoplasien des Schmelzes am ersten bleibenden Molarzahn pathognomonisch für kongenitale Syphilis?

Von

H. Peiffer, Zahnarzt aus Köln.

Sämtliche Forschungen über die Ursachen der Schmelzhypoplasien waren bis zur künstlichen Erzeugung derselben wegen des zeitlichen Raumes von Einwirkung der Krankheit bis zum Sichtbarwerden des befallenen Organs (6—8 Jahre) von äußerst großen Schwierigkeiten begleitet. Mit der künstlichen Hypoplasieerzeugung sind gangbarere Wege beschritten worden. Was die Beantwortung meines Themas betrifft, so muß die Frage, ob die Hypoplasien am 1. bleibenden Molarzahn pathognomonisch für kongenitale Syphilis sind, entschieden mit Nein beantwortet werden.

Denn erstens fällt nach meinen Leichenstudien der Beginn der Verkalkung am Sechsjahrmolar mit seinem ganzen „Kronendeckel" nicht intrauterin.

Tatsache ist, daß nur bei krankheitsfreiem Material ein einziger Höcker, und zwar nur immer der medialbukkale Höcker am äußersten Höckerspitzchen zur Zeit der Geburt ossifiziert ist. Zweitens sind wir nach dem heutigen Standpunkte der Wissenschaft in der Lage, durch Funktionsstörungen der Schilddrüse sowie durch Streptokokkeninfektionen, künstlich dieselben Hypoplasien an Tierzähnen zu erzeugen. Wenn das künstlich möglich ist, so ist wohl auch mit Bestimmtheit anzunehmen, daß die beim Säugling vorhandene Tetanie oder die Magendarmkatarrhe hypoplastischen Einfluß auf die Verkalkung der Zähne haben. Somit tritt die Syphilis als ätiologischer Faktor für die Entstehung der Hypoplasien vollständig in den Hintergrund. Es soll nicht abgestritten werden, daß gelegentlich auch mal die kongenitale Syphilis, die doch eine schwere Störung darstellt, von Einfluß auf das bleibende Gebiß sein kann, besonders dann, wenn sie mit schweren Allgemeinerscheinungen (Lues maligna) einhergeht. In den meisten Fällen aber muß der Tetanie oder den Magendarmstörungen sowie überhaupt den Stoffwechselerkrankungen die Schuld an Hypoplasieerzeugung zugesprochen werden.

Aus der Chirurgischen Klinik Lindenburg
(Geheimrat Prof. Dr. Tilmann).

Zahnerkrankungen und Trigeminus-Neuralgie.

Von

Joh. Schmüdderich, Zahnarzt aus Buer.

Ein gar inniger Zusammenhang, wie er leider noch nicht allgemein bekannt ist, besteht zwischen Zahnerkrankungen und Trigeminus-Neuralgien, indem 1. auf einer idiopathischen Trigeminus-Neuralgie basierende Zahnschmerzen von den Patienten irrigerweise als durch die Zähne hervorgerufen angegeben werden und 2. die Zähne das kausale Moment für Trigeminus-Neuralgien bilden können. Nach Tilmann sind die weitaus meisten Neuralgien dentalen Ursprungs. Wohl alle Erkrankungen der Zähne und ihrer Umgebung, die lokale Schmerzen verursachen können, sind unter gegebenen Verhältnissen auch imstande, neuralgische Gesichtsschmerzen hervorzurufen. Ausführlich behandelt als dentale Ursachen für Trigeminus-Neuralgien sind: Pulpitis, Gangrän, starke Ablagerungen von sekundärem Dentin und Kalkkonkrementen, sowie Dentikel, Periodontitis, scharfe vorspringende Knochenkanten, abgebrochene Wurzelreste, retinierte Zähne und Fremdkörper im Bereich der Kiefer. Für all die genannten Ursachen sind zahlreiche Fälle aus der Literatur und ein Fall aus eigener Praxis zum Belege angeführt. Einzelne Fälle sind ganz besonders interessant; so ein Fall, den Boenneken 1893 veröffentlicht hat. Es handelt sich um eine Dame, die an so schweren neuralgischen Anfällen litt, wie B. sie nie zuvor gesehen hatte. Die Krankheitserscheinungen entsprachen vollständig denen einer idiopathischen Trigeminus-Neuralgie, und doch stellte sich auch hier später eine dentale Ursache heraus: zahlreiche Dentikel und Kalkeinlagerungen in fast allen Zähnen. Nach der Beseitigung der Ursache brauchte der Nerv, auch das ist besonders bemerkenswert, mehr als 2 Monate bis zu einer Gesundung. Es war also ganz zweifellos, daß die ursprünglich symptomatische Neuralgie dentalen Ursprungs allmählich zu einer idiopathischen geworden war. Es ist wohl als sicher anzunehmen, daß eine ganze Anzahl von Trigeminus-Neuralgien diesen Entwicklungsgang genommen hat. In manchen der angeführten Fälle hatte die dentale Ursache nicht nur eine Gesichts-Neuralgie, sondern auch eine Reflex-Neuralgie in Hals, Schulter, Arm usw. hervorgerufen. Die Lehren aus den Ausführungen sind kurz folgende: 1. Jeder Arzt und jeder Nervenarzt sollte

jeden Fall von Trigeminus-Neuralgie zunächst zahnärztlich untersuchen lassen, zwecks Feststellung, ob nicht eine dentale Ursache in Frage kommen kann. Der Umstand, daß ein äußerlich intaktes Gebiß vorhanden ist, genügt nicht, eine dentale Ursache als ausgeschlossen zu betrachten. 2. Jeder Zahnarzt, der mit einer solchen Untersuchung betraut wird, sollte alle Mittel und Methoden anwenden, um eine etwa vorhandene dentale Ursache ausfindig zu machen. Gelingt es ihm nicht, für den vom Patienten geklagten Schmerz einwandfrei als kausales Moment eine dentale Ursache festzustellen, so darf er sich auf keinen Fall verleiten lassen, einen, oder gar mehrere gesunde Zähne zu extrahieren.

Über das Zusammentreffen von Haut- und Zahnanomalien.

Von

Olga Herzberg, Zahnärztin aus Köln.

Von dem großen Gebiete der Pathologie hebt sich in den letzten Jahren ein Zweig immer mehr ab: Die Genopathologie. Sie beschäftigt sich mit anormalen, angeborenen Erscheinungen und Mißbildungen, die auf Veränderungen der Keimsubstanz zurückgeführt werden. Diese Erklärungstheorie findet einen unterstützenden Faktor in der oft beobachteten Vererbung von anormalen Zuständen.

Hierzu gehören die merkwürdigerweise gar nicht so selten gleichzeitig auftretenden angeborenen Haut- und Zahnanomalien. Die in Frage kommenden Hautanomalien sind in erster Linie:

1. Polydaktylie,
2. Hypertrichose,
3. Hypotrichose.

Die Zahnanomalien beschränken sich meist auf Hypodentismus, worunter nicht das Fehlen eines einzelnen Zahnes, das an sich nichts Bemerkenswertes an sich hat, zu verstehen ist, sondern das Fehlen ganzer Zahngruppen, ja sogar Zahnreihen. — Ferner sind es hypertrophische Zustände im Zahnbereiche, die mit Hautveränderungen Hand in Hand gehen.

Die Polydaktylie ist teils mit Hypodentismus (Fackenheim), andererseits mit Unregelmäßigkeiten in der Zahnstellung vereint (Geoffroy St. Hilaire, Robert Niller, Mitchell).

Bei der Hypertrichose handelt es sich um ein Zusammentreffen mit:

1. Hypodentismus (Virchow, Beigel, Bartels),
2. hypertrophischen Zuständen im Zahnbereiche (Fürst, Fall der Julia Pastrana).

Hypotrichose dagegen tritt — wenn sie mit Zahnanomalien einhergeht — nur mit Hypodentismus auf, eine Tatsache, die aus dem Tierreiche her bekannt ist (Christ, Loewy-Wechselmann, Tendlau, Quillford, Waelsch), (Scheuer und Kohn, Yarell).

Abseits von dem bisher Angeführten steht ein Fall, bei dem neben Epidermolysis bullosa Zahnveränderungen bestanden, und zwar traten sie in ausgedehnten Hypoplasien an fast allen Zähnen auf.

Könnte man hier über einen Zusammenhang der anormalen Haut- und Zahnerscheinungen im Zweifel sein, so steht er bei den übrigen Fällen außer Frage.

Es ist da vor allem auf die nahen genetischen Beziehungen hinzuweisen, in denen Haut- und Zahnsystem zueinander stehen. Beide entstammen, soweit es ihren epithelialen Aufbau angeht, ein und demselben Mutterboden, dem äußeren Keimblatt, dem Ektoderm.

Die eigentliche Ätiologie für das Auftreten unserer Anomalien ist noch nicht ganz geklärt. Den einzelnen Fällen entsprechend wurde in verschiedenen Momenten die Ursache gesucht. So wurde das Auftreten von Hypodentismus bei Hypertrichose als Kompensation angesehen; weiter wurden andere Fälle mit trophoneurotischen Störungen, Konstitutionskrankheiten usw. zu erklären gesucht. Doch mit all diesem lassen sich unsere Erscheinungen nicht befriedigen. Es bleiben immer noch Lücken offen, so vor allem die verhältnismäßig oft beobachtete Erblichkeit.

Mit der Aufnahme der keimplasmatischen Theorie haben wir mit einem Male den Schlüssel zu der gemeinsamen Erklärungsmöglichkeit in Händen. Diese Theorie sieht die letzte Ursache der Erscheinungen, die sich am fertigen Organismus bemerkbar machen, in einer Störung der inneren Anlage des Organismus, also in einer Störung des Keimplasmas, der Vererbungssubstanz der Keimzelle. — Unterstützung findet unsere Erklärung in experimentellen Tierversuchen Königs. Durch vorsätzliche Verschlechterung, Störung mithin des Keimplasmas, mittels strenger Inzestzucht — Paarung nur Konsanguiner — gelangte er u. a. auch zu nebeneinander auftretenden Haut- und Zahnanomalien.

Damit sind wir dem Endresultat der ätiologischen Frage näher gerückt. Die exakte Lösung aber ist erst mit dem weiteren Aufbau und der weiteren Entwicklung der Vererbungswissenschaft zu erlangen.

Zahnärztliche Beobachtungen in einem Kriegsgefangenenlager in Schottland.

Von

Karl Langenohl, Zahnarzt aus Solingen.

Nach einleitenden Worten über die äußeren Verhältnisse des Gefangenenlagers Stobs (3 bis 4000 Mann) wird hingewiesen auf den Unterschied im Befunde der Mundhöhle bei Militär- und Zivilgefangenen, der sich darin äußerte, daß bei Militärgefangenen die meisten Leute vereinzelte kariöse Zähne hatten, während bei Zivilinternierten ein sehr großer Teil den Mund vollständig vernachlässigt hatte. Es folgt die Besprechung der wichtigsten Zahn- und Munderkrankungen.

Karies. Allgemeines Auftreten sehr wechselvoll. Drei Stadien sind unterschieden. Anfangs, bis Mitte 1916, verhältnismäßig häufig, weil lange Zeit keine Möglichkeit zu sachgemäßer Behandlung bestanden hatte. Nach Überwindung der ersten Arbeit trat eine merkliche Besserung ein, die aber nur kurze Zeit dauerte. 1917 wurde die Lebensmittelration bedeutend gekürzt. Als unmittelbare Folge sehr starkes Auftreten von Karies. Wie schon angedeutet, lag der Grund nur in der Ernährung. Durch die abwechselungsreiche und verhältnismäßig grobe Kost war eine natürliche Selbstreinigung der Zähne bedingt, zumal da auch noch sehr viel Schwarzbrot gegessen wurde. Durch den verschärften U-Boot-Krieg traten große Lebensmittelabzüge ein. Die Ernährung bestand hauptsächlich noch aus Reis und Weißbrot, also weichen klebrigen Speisen, die eine Selbstreinigung der Zähne unmöglich machten. Durch schmierigen Belag an den Zahnhälsen wurde der Karies großer Vorschub geleistet.

Periodontitis. Nicht anders als unter normalen Verhältnissen.

Pyorrhoea alveolaris trat sehr selten auf, weil nur jüngere Leute im Lager waren. Ein Fall wurde bei einem Diabetiker beobachtet. Ein anderer Fall ist beschrieben bei einem englischen Arzt, der die Pyorrhöe selbst auf Malaria zurückführte.

Stomatitis ulcerosa. Dasselbe wechselvolle Auftreten wie bei Karies, bedingt durch die Veränderung in der Ernährungsweise. Ein vermehrtes Auftreten infolge Genusses englischer Zigaretten ließ sich nicht nachweisen.

Stomatitis mercurialis nur in leichten Fällen bei Hg-Kuren.

Luetische und tuberkulöse Erscheinungen in der Mundhöhle sind nicht beobachtet worden.

An Tumoren wurden nur gutartige festgestellt. Zwei Fibrome und ein Riesenzellensarkom (Epulis).

Zysten und Granulome. Schwierigkeit der Diagnose, weil kein Röntgenapparat zur Verfügung stand. In mehreren Fällen wurde zur Aufklappung geschritten, in denen sich durch das klinische Bild das Vorhandensein einer Zyste oder eines Granuloms einwandfrei feststellen ließ. Follikuläre Zysten wurden nicht beobachtet.

Literatur über Ernährung in ihrer Beziehung zur Zahnkaries.

Zusammenstellung der Autoren, die eine Beeinflussung der Karies durch Kalkzufuhr für möglich halten und derjenigen die der Nahrung nur einen mechanischen Einfluß auf die Zähne zuschreiben.

A. H. Thompson, D. D. S. Kansas, Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde 1878: „Die Empfindlichkeit der Zähne gegen Ernährung."
Kleinsorgen, Elberfeld, D. M. f. Z. 1905, S. 611—23: „Degeneration der körperlichen Hartgebilde und Ernährungshygiene."
Rosenberg, D. z. W. 1915, S. 558: „Ernährungsfragen während des Krieges."
Kunert, Breslau: „Unsere heutige falsche Ernährung."
Kantoriwicz, Bonn, D. M. f. Z. 1912, S. 922; 1913, S. 925.
Greve, Korr. f. Z. 1913, S. 216: „Über Ernährungsfragen in ihrer Beziehung zur Zahnheilkunde." — „Wirkung des Speichels auf die Zähne."
Miller, D. M. f. Z. 1903, S. 1 u. 389: „Die relative Immunität der Mundgebilde gegenüber parasitären Einflüssen."
Michel, D. M. f. Z. 1901: „Der Speichel als natürlicher Schutz gegen Karies."
Roese, D. M. f. Z., S. 705: „Zahnverderbnis und Speichelbeschaffenheit."

Aus den rein äußerlichen Feststellungen im Gefangenenlager Stobs geht hervor, daß der Einfluß der Ernährungsweise auf das Auftreten der Karies nur ein mechanischer ist.

A. Marcus & E. Webers Verlag (Dr. jur. Albert Ahn) in Bonn

Soeben erschien:

Lehrbuch der Unfallbegutachtung der inneren und Nervenkrankheiten

für Studierende und Ärzte

von Prof. **Dr. R. Finkelnburg**

Dozent für innere Medizin und Versicherungsmedizin in Bonn

XXI und 544 Seiten Lex.-8°

Preis einschl. Teuerungszuschl. geh. M. 77.—, geb. M. 90.20

Aus dem Vorwort:

Das vorliegende Lehrbuch bildet die Frucht einer 20jährigen Gutachtertätigkeit, die an der Bonner Medizinischen Klinik unter der kritischen Schulung von Friedrich Schultze begonnen und später in selbständigem Wirkungskreis fortgesetzt wurde. Wenn ich mich trotz der vorhandenen trefflichen Werke über Unfallmedizin zur Herausgabe des Buches entschlossen habe, so waren hierfür nicht nur wissenschaftliche Gesichtspunkte, sondern auch praktische Erfahrungen bestimmend, die ich als Obergutachter bei der Durchsicht der ärztlichen Gutachten und im Umgang mit Studierenden und Ärzten in meinen Vorlesungen über Unfallbegutachtung der inneren und Nervenkrankheiten gesammelt habe. Was dem Studierenden und Begutachter not tut, das ist eine möglichst scharfe Formulierung aller für die Beurteilung eines Unfallzusammenhangs erforderlichen Bedingungen und Grundsätze, soweit sie auf gesicherter wissenschaftlicher Grundlage zur Zeit aufgestellt werden können. Ich habe deshalb in dem vorliegenden Lehrbuch versucht, jedem einzelnen Kapitel die für die Anerkennung oder Ablehnung eines Unfallzusammenhangs maßgebenden Gesichtspunkte in möglichst kurzen Leitsätzen zusammenfassend anzugliedern. Dies wird dem angehenden Gutachter die Beurteilung der Zusammenhangsfrage bei den verschiedenen Krankheitsfällen und die Abfassung des Gutachtens erleichtern. Er wird dadurch weniger leicht in den Fehler verfallen, dem eigenen subjektiven Ermessen einen allzuweiten Spielraum zu gewähren und irrtümlich einen Zusammenhang anzuerkennen, wodurch bei dem Unfallverletzten eine unberechtigte Erwartung auf Rente erweckt und der Entstehung von Rentensucht mit oft langjährigem Rentenkampf Vorschub geleistet wird.

A. Marcus & E. Webers Verlag (Dr. jur. Albert Ahn) **in Bonn**

Soeben erschien:

Die Therapie an den Bonner Universitätskliniken

Bearbeitet von

Innere Klinik (Geh. Rat Hirsch): Prof. Schultze, Prof. Finkelnburg, Prof. Stursberg, Prof. Ungar. **Medizinische Poliklinik** (Geh. Rat Krause): Prof. Paul Krause. **Psychiatrische u. Nervenklinik** (Geh. Rat Westphal): Prof. Westphal, Prof. Hübner. **Chirurgische Klinik** (Geh. Rat Garrè): Priv.-Doz. Dr. Els, Priv.-Doz. Dr. Fründ. **Augenklinik** (Geh. Rat Kuhnt): Prof. Kuhnt. **Ohren- und Nasenklinik** (Geh. Rat Walb): Prof. Walb. **Frauenklinik** (Geh. Rat v. Franqué): Priv.-Doz. Dr. Hinselmann. **Hautklinik** (Prof. Hoffmann): Prof. Hoffmann.

Herausgegeben von

Professor Dr. **Rudolf Finkelnburg** in Bonn

Dritte, vermehrte Auflage

Preis einschl. Teuerungszuschlag geheftet M. 33.—, gebunden M. 40.70

Auszüge aus Besprechungen über die 2. Auflage:

Das Buch, welches die verschiedenen Bonner Universitätslehrer gemeinsam verfaßt haben, enthält eine kurzgefaßte Darstellung der Therapie, wie sie an den Bonner Kliniken durchgeführt wird. Das individuelle Moment tritt nicht selten stark hervor und mag in manchen Einzelheiten Anlaß zur Diskussion geben, stellt aber gerade den Reiz und Wert des Buches dar. Die Erfahrung hat gezeigt, daß wohl eben infolge dieses Umstandes das Buch nicht bloß bei den alten und jungen Bonner Schülern, sondern auch außerhalb Bonns geschätzt wird. Die neue Auflage bringt infolge des Ausscheidens früherer und Eintretens neuer Mitarbeiter erhebliche Veränderungen und auch Erweiterungen. Der Charakter des Buches als einer sehr brauchbaren und gut gearbeiteten therapeutischen Übersicht hat sich aber nicht geändert. *Münchner medizinische Wochenschrift.*

Das Buch hat sich entsprechend seiner 1. Auflage hier gestellten Voraussage bewährt, wie die rasch notwendig gewordene Neuauflage beweist. Es ist an Umfang um etwa 100 Seiten gewachsen, hat manche, freilich nicht übermäßig viele Kriegserfahrungen mit verarbeitet und seine eigenartige Prägung gewahrt.
Therapeutische Monatshefte.

Jeder, der sich über den derzeitigen Stand der Therapie orientieren will, wer wissen möchte, was therapeutisch gut oder schlecht ist, wird in dem Werke der Bonner Kliniker Aufklärung finden. Die Bonner Therapie wird über die lokale Bedeutung hinaus für jetzige und ehemalige Studenten Bonns auch anderen ein guter Ratgeber sein. *Berliner Klinische Wochenschrift.*

Die zweite Auflage des praktischen und offenbar rasch beliebt gewordenen Werkes berücksichtigt die neuesten Kriegserfahrungen auf dem Gebiete der Chirurgie und der Seuchenerkrankungen und bringt auch mancherlei Erweiterungen und Verbesserungen. *Zentralblatt für innere Medizin.*

Dem Arzt, der es mit der Erfahrung des Praktikers zu Rate zieht, kann es manchen wertvollen Wink geben, dem Studierenden aber wird es ein Wegweiser sein durch die große Zahl namentlich in neuerer Zeit mit mehr oder weniger Berechtigung angepriesener Heilmethoden.
Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte.

1.J.212.
Gesammelte Auszuge der Disserta1921
Countway Library BEG5577
3 2044 045 759 230

1.J.212.
Gesammelte Auszuge der Disserta1921
Countway Library
BEG5577
3 2044 045 759 230